

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

**Qualidade de vida, cognição e depressão de idosos institucionalizados a partir da
interação dialógica mediada por uma rádio-poste**

Josemara de Paula Rocha

Passo Fundo
2012

Josemara de Paula Rocha

Qualidade de vida, cognição e depressão de idosos institucionalizados a partir da interação dialógica mediada por uma rádio-poste

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof. Dr. Adriano Pasqualotti

Coorientador:

Prof. Dr. Otavio José Klein

Passo Fundo
2012

CIP – Catalogação na Publicação

- R672q Rocha, Josemara de Paula
Qualidade de vida, cognição e depressão de idosos
institucionalizados a partir da interação dialógica mediada
por uma rádio-poste / Josemara de Paula Rocha. – 2012.
166 f. : il., color. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
Universidade de Passo Fundo, 2012.
Orientação: Prof. Dr. Adriano Pasqualotti.
Coorientação: Prof. Dr. Otavio José Klein.
1. Interação social. 2. Envelhecimento. 3. Qualidade
de vida. 4. Depressão em idosos. 5. Cognição nos idosos.
I. Pasqualotti, Adriano, orientador. II. Klein, Otavio José,
coorientador. III. Título.

CDU: 613.98

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DA ALUNA

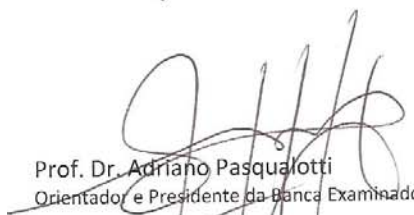
JOSEMARA DE PAULA ROCHA

Aos vinte e três dias do mês de março do ano dois mil e doze às quatorze horas, realizou-se, na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: **“Qualidade de vida, cognição e depressão de idosos institucionalizados a partir da interação dialógica mediada por uma rádio-poste”**, apresentada pela mestrande Josemara de Paula Rocha, que concluiu os créditos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano. Segundo os encaminhamentos do Conselho de Pós-Graduação (CPG) do Mestrado em Envelhecimento Humano e dos registros existentes nos arquivos da Secretaria do Programa, a aluna preencheu todos os requisitos necessários para a defesa. A banca foi composta pelos professores doutores Adriano Pasqualotti - orientador e presidente da banca examinadora (UPF), Otávio José Klein (co-orientador), Marilene Rodrigues Portella, Claus Dieter Stobaus, Ana Carolina Bertolotti De Marchi e Iara Salete Caierão. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou a candidata **APROVADA**, em conformidade com o disposto na Resolução Consun Nº 07/2010.

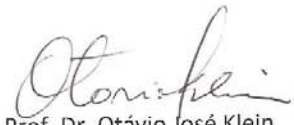
A banca recomenda a consideração dos pareceres, a realização dos ajustes sugeridos e a divulgação do trabalho em eventos científicos e em publicações.

Encerrados os trabalhos de defesa e proclamados os resultados, eu, Prof. Dr. Adriano Pasqualotti, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.

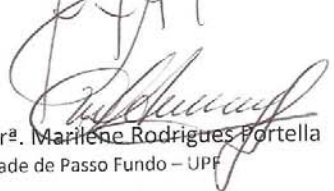
Passo Fundo, 23 de março de 2012.



Prof. Dr. Adriano Pasqualotti
Orientador e Presidente da Banca Examinadora



Prof. Dr. Otávio José Klein
Co-orientador – UPF



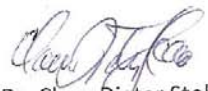
Profª. Drª. Marilene Rodrigues Portella
Universidade de Passo Fundo – UPF



Profª. Drª. Iara Salete Caierão
Universidade de Passo Fundo - UPF



Profª. Drª. Ana Carolina Bertolotti De Marchi
Universidade de Passo Fundo - UPF



Prof. Dr. Claus Dieter Stobaus
Pontifícia Universidade Católica – PUC/RS

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Marisa de Paula Rocha e José Antônio dos Santos Rocha, e aos meus irmãos, Ivanilda de Paula Bertolini, José Antônio dos Santos Rocha e Jonathan de Paula Rocha. Serei eternamente grata pelo amor, educação, tempo, respeito e compreensão que dedicaram a mim.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter dado esta oportunidade, pela minha família, pelo alimento que tenho na minha mesa, pelas boas pessoas que me permitem sentir-se segura de amor, de compreensão, de vida, pela saúde e pela tranquilidade.

Agradeço meus professores e amigos da Escola Municipal de Ensino Fundamental Nossa Senhora do Perpétuo Socorro da cidade de Roca Sales, da Escola Estadual de Ensino Médio e Fundamental Professora Eulina Braga de Passo Fundo, da Escola Estadual de Ensino Médio e Fundamental Protásio Alves, com carinho especial à professora Salete Debastiane. Professora Salete, você foi um anjo na minha vida, mostrou-me os caminhos que eu poderia seguir e eu acreditei mais em você do que em mim mesma; mostrou-me que eu era capaz.

À minha irmã Ivanilda de Paula Bertolini, porque, guiada por Deus, auxiliou-me a escolher minha profissão.

À Laís Franciele Assumpção Wagner, porque foi a anunciante do ganho da bolsa de estudos para cursar a faculdade, mais um anjo que cruzou meu caminho.

À paróquia Santo Antônio da cidade de Passo Fundo e ao pessoal do grupo Onda e EJC. Vocês rezaram por mim e eu sempre lembrarei o apoio espiritual que me deram.

Com muito respeito, muito carinho e todo o desejo de felicidade, eu agradeço ao meu tripé de mentores da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, por ordem de surgimento na minha vida, o professor Rodrigo Costa Schuster, porque me fez sair do mundo fechado de livros em que eu vivia e me pôs na realidade, fez-me usar os meus potenciais na pesquisa e acreditar que um dia eu poderia ser mestre. Você abriu as primeiras portas, professor Schuster, e sou muito grata a você.

À professora Lia Mara Wibeling, que apareceu no momento em que eu decidia se seria realmente pesquisadora. Você foi importante nessa minha escolha, minha madrinha de formatura e que rezou por mim na conquista do mestrado. Muito obrigada.

Ao Dr. Adriano Pasqualotti, que acreditou nas minhas potencialidades e se dispôs a me ensinar os seus conhecimentos. Você me ensinou muito, desafiou-me quando precisei, e deu-me este lindo presente de poder fazer o mestrado, numa área do conhecimento portadora de um encantamento apaixonante. Muito obrigada por tudo! Vocês, meus queridos professores, são um tripé fundamental na minha formação profissional até o momento. Conheço-os como pessoas e sei que em suas vidas, na intimidade dos seus lares, agem com a mesma integridade e perseverança que demonstram profissionalmente. Foi uma honra conviver com vocês.

Ao meu co-orientador, Otavio José Klein, que contribuiu muito indicando caminhos na compreensão da importância social de uma rádio comunitária, dando-me segurança para trabalhar e acreditar na rádio através do seu exemplo no seu trabalho, no qual demonstra dedicação e prazer no que faz.

Ao pessoal que foi suporte na parte prática da minha pesquisa; sem vocês nada teria se concretizado, Kaira Monteiro dos Santos, Adriano Daniel Pasqualotti, Tatiana Cecagno Galvan, Luiz Bortoluzzi de Oliveira, Marlon Francys Vidmar, e o pessoal da rádio UPF Sérgio e Júlio.

Ao Diego Fernando Tagliari e Jonathan de Paula Rocha, respectivamente, meu namorado e meu irmão. Vocês estiveram comigo no trabalho pesado, na montagem dos equipamentos da rádio, no momento das transcrições, deram-me um apoio fundamental durante toda a caminhada. Serei sempre grata.

Agraço pelo carinho, pela educação, amor e pela base sólida da minha família, meus pais Marisa de Paula Rocha e José Antônio dos Santos Rocha, irmãos Ivanilda, José Antônio e Jonathan, avós Maria Eulália e Alcides (*in memorian*), Carmelinda Francisca (*in memorian*) e João (*in memorian*), meu sobrinho Iago Murilo, tios e tias, primos e primas, meu namorado Diego Fernando Tagliari, minha sogra e meu sogro, Ivete e Wilson Tagliari, minha cunhada Gláucia. Vocês são tudo o que tenho de mais precioso e a segurança que expiro aos meus próximos provém da convivência com vocês.

Às minhas amigas Michele Marinho da Silveira e Daiana Argenta Kümpel, que conheci no mestrado e que se tornaram verdadeiras amigas quando mais precisei; amo vocês! Minhas amigas-mães Daiane Mazzola e Janaíne Cunha Polese, e amigo-pai Igor Sander, que, além de amigos, são exemplo para mim; foram meus inspiradores desde o tempo em que trabalhávamos no grupo de pesquisa do professor Schuster. E também aos meus

amigos-irmãos do antigo grupo de pesquisa do professor Schuster e que hoje são um sucesso como pessoas e profissionais.

À minha amiga Tássia Nunes Moreira, aos meus amigos Waldo Abdul Mesones Ballivian e João Carlos Silva Filho, e ao pessoal do Centro de Atendimento à Deficiência da UPF, que considero muito importantes para mim, sempre dispostos a me aconselharem quando mais preciso!

À Universidade de Passo Fundo onde concluí minha graduação em Fisioterapia.

Aos meus colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, pessoas fantásticas, com muita experiência de vida, com quem pude conviver e aprender.

Agradeço à banca examinadora, tanto da qualificação quanto da defesa, pelas considerações cuidadosas feitas à minha dissertação. Muito obrigada pelo empenho dedicado e pelos conhecimentos atribuídos que certamente enriqueceram esta dissertação.

Agradeço às instituições de longa permanência para idosos, aos grupos de terceira idade e aos idosos participantes desta pesquisa, por terem disponibilizado seus bens mais preciosos, seu tempo e conhecimento, para que pudéssemos realizar a pesquisa.

Peço desculpas a todas as pessoas que não mencionei o nome, e a todos que de alguma forma posso ter magoado nessa caminhada.

Por fim, agradeço a Capes, ao CNPQ e à Fapergs, pelo incentivo financeiro, fundamental para a aquisição dos equipamentos de rádio e auxílio financeiro aos graduandos bolsistas. Obrigada pelo apoio e confiança depositados em nosso trabalho!

RESUMO

Rocha, Josemara de Paula. Qualidade de vida, cognição e depressão de idosos institucionalizados a partir da interação dialógica mediada por uma rádio-poste. 2012. 166 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.

Promovemos a interação dialógica em instituições de longa permanência por acreditarmos que estas são, muitas vezes, locais de restrição para as relações sociais e ao acesso à comunicação e que espaços de socialização podem contribuir para melhorar as condições de saúde destes idosos. Objetivamos identificar as possíveis mudanças sinalizadoras de qualidade de vida, cognição, depressão e o significado da experiência vivenciada em uma rádio-poste. Como instrumentos de coleta de dados, utilizamos escalas de qualidade de vida, de cognição, de depressão e, uma entrevista semiestruturada. A intervenção se consistiu de um período de seis meses, com programações exibidas por uma rádio-poste, de duas horas de duração, dois dias da semana, um mês em cada uma das quatro instituições participantes. Promovemos espaços de trocas de experiências e reflexão, construindo conhecimentos relacionando as tecnologias de informação e comunicação com a qualidade de vida, envelhecimento, relações interpessoais e a vida na instituição. A pesquisa teve abordagem quali-quantitativa. As falas receberam análise de conteúdos temática. Para analisar os efeitos pré e pós-processo de intervenção, realizamos as análises de estatística descritiva, os testes de Mann-Whitney, qui-quadrado, exato de Fisher, correlação linear de Spearman, teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e alfa de Cronbach, todos com nível de significância de $p \leq 0,05$. Ocorreram incrementos na qualidade de vida e cognição, de forma estatisticamente significativa nos domínios recreação, intimidade e na memória imediata. Esses achados foram complementados na análise qualitativa, na qual os idosos relataram a importância do entretenimento e diversão gerados na atividade com a rádio-poste. Pudemos observar as facilidades, dificuldades, memórias e as relações interpessoais relacionadas com as tecnologias de informação e comunicação.

Palavras-chave: **1. Envelhecimento. 2. Interação social. 3. Depressão. 4. Cognição. 5. Qualidade de vida.**

ABSTRACT

Rocha, Josemara de Paula. Qualidade de vida, cognição e depressão de idosos institucionalizados a partir da interação dialógica mediada por uma rádio-poste. 2012. 166 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.

We offered the dialogical interaction in institutions of long permanence because we believe that these are, many times, restriction places for the social relations and also to the access related to the communication and the socialization spaces can contribute to improve the health conditions of these elderly. Our goals are identify the possible changes that show the quality of life, cognition, depression and also the experience meaning, which was lived in a pole-radio. As instruments of data collection, we used life quality scales, of cognition, depression and a semi-structured interview. The intervention lasted a period of six months; the show was exhibited through a pole-radio, having two hours of duration, happening two days a week and one month in each of the four participant institutions. We offered spaces to share the people experiences and reflexion, we also offer building knowledge relating to the information technology and communication with the life quality, aging process, interpersonal relation and the life in the institution. The research showed a quail-quantitative approach. The speeches received a theme analysis of the subjects. To analyze the pre and post intervention-process effects, were used descriptive statistics and analytic, Mann-Whitney, chi-square, exact Fisher test, Spearman's rank correlation, Kolmogorov-Smirnov and Cronbach's alpha, all of them with a level of significance of $p \leq 0,05$. There were increases in the life quality and cognition, in a statistically significant way in the domains classified as recreation, intimacy, and in the immediate memory. Those discoveries were complemented in the qualitative analysis, in such the elderly related the importance of the entertainment and fun created in this activity with the pole-radio. It was possible to observe the facilities, difficulties, memories and interpersonal relations related to the information and communication technologies.

Key words: **1. Aging. 2. Interpersonal Relations. Depression. 4. Cognition. 5. Quality of life.**

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Método para conversão dos escores da escala de qualidade de vida do instrumento Whoqol-bref. | 54 |
| Figura 2 - Equipamentos utilizados na edição da rádio-poste. | 58 |
| Figura 3 - Participantes interagindo durante a programação da rádio-poste na instituição de longa permanência para idosos. | 59 |
| Figura 4 - Participantes do grupo de terceira idade em atividade interativa dialógica durante a realização do projeto piloto. | 59 |
| Figura 5 - Eixos norteadores dos debates promovidos no “Momento da voz”. | 64 |
| Figura 6 - Categorias advindas do estudo do cenário de comunicação e informação. | 65 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Dados sociodemográficos da amostra. | 62 |
| Tabela 2 - Pontuação da escala de depressão geriátrica e miniexame do estado mental dos processos de pré e pós-intervenção. | 78 |
| Tabela 3 - Resultados dos processos de pré e pós-intervenção na escala de depressão geriátrica e miniexame do estado mental. | 79 |
| Tabela 4 - Resultados dos domínios da escala de qualidade de vida Whoqol-bref obtidos nos processos de pré e pós-intervenção. | 79 |
| Tabela 5 - Coeficiente de correlação de Spearman entre os domínios da escala de qualidade de vida Whoqol-bref no período pré-intervenção. | 80 |
| Tabela 6 - Coeficiente de correlação de Spearman entre os domínios da escala de qualidade de vida Whoqol-bref no período pós-intervenção. | 80 |
| Tabela 7 - Resultados dos processos de pré e pós-intervenção obtidos na escala de qualidade de vida Whoqol-old. | 81 |
| Tabela 8 - Coeficiente de correlação de Spearman entre os domínios da escala de qualidade de vida Whoqol-old no período pré-intervenção. | 82 |
| Tabela 9 - Coeficiente de correlação de Spearman entre os domínios da escala de qualidade de vida Whoqol-old no período pós-intervenção. | 83 |
| Tabela 10 - Resultados obtidos nos processos pré e pós-intervenção na escala de qualidade de vida de Flanagan. | 83 |
| Tabela 11 - Coeficiente de correlação de Spearman entre os domínios da escala de qualidade de vida Flanagan no período pré-intervenção. | 84 |
| Tabela 12 - Coeficiente de correlação de Spearman entre os domínios da escala de qualidade de vida Flanagan no período pós-intervenção. | 85 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|--------|---|
| AM | Amplitude modulada |
| BBC | British Broadcasting Corporation |
| CC | Centro de Convivência |
| CIF | Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde |
| Creati | Centro Regional de Estudos e Atividades para a Terceira Idade |
| DP | Desvio padrão |
| EDG-15 | Escala de depressão geriátrica versão de 15 questões |
| FM | Frequência modulada |
| GC | Grupo de Convivência |
| GTI | Grupo de Terceira Idade |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ILPI | Instituição de Longa Permanência para Idosos |
| Ipea | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| MEEM | Miniexame do Estado Mental |
| NTIC | Novas Tecnologias de Informação e Comunicação |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| QV | Qualidade de vida |
| S.D. | Sem data |
| TIC | Tecnologias de Informação e Comunicação |
| UnATI | Universidade Aberta da Terceira Idade |
| UPF | Universidade de Passo Fundo |
| WHOQOL | World Health Organization Quality of Life |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1. INTRODUÇÃO | 15 |
| 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 20 |
| 2.1. INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO DA PESSOA IDOSA | 20 |
| 2.2. NECESSIDADES DE ABORDAGENS INTERDISCIPLINARES DE REABILITAÇÃO | 26 |
| 2.3. ESPAÇO DE SOCIALIZAÇÃO, TECNOLOGIA E PROCESSO DE INTERAÇÃO | 37 |
| 3. MATERIAL E MÉTODOS | 49 |
| 3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO | 49 |
| 3.2. POPULAÇÃO E PROCEDIMENTO AMOSTRAL | 49 |
| 3.3. ANÁLISE DOS DADOS E VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS | 50 |
| 3.4. QUESTÕES ÉTICAS | 51 |
| 3.5. INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS | 51 |
| 3.5.1. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E SEMIESTRUTURADO | 52 |
| 3.5.2. ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-OLD | 52 |
| 3.5.3. ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-BREF | 53 |
| 3.5.4. ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA DE FLANAGAN | 55 |
| 3.5.5. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA | 55 |
| 3.5.6. MINIEXAME DO ESTADO MENTAL | 56 |
| 3.6. PROCEDIMENTO DE INTERVENÇÃO | 56 |
| 3.7. ESTUDO PILOTO | 60 |
| 4. RESULTADOS | 62 |
| 4.1. PERFIL DA AMOSTRA | 62 |
| 4.2. CENÁRIO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO E MUDANÇAS PERCEBIDAS | 63 |
| 4.2.1. REALIDADE TECNOLÓGICA: SIGNIFICADOS E INCORPORAÇÃO NO LAZER | 63 |
| 4.2.2. SIGNIFICADOS E EXPERIÊNCIAS AMPLAS | 64 |
| 4.3. QUALIDADE DE VIDA, COGNIÇÃO E DEPRESSÃO APÓS ESTÍMULO DIALÓGICO | 77 |
| 5. DISCUSSÃO | 86 |
| 6. CONCLUSÃO | 96 |
| REFERÊNCIAS | 99 |
| ANEXOS | 112 |
| ANEXO A. ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-OLD | 113 |
| ANEXO B. ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-BREF | 117 |
| ANEXO C. ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA DE FLANAGAN | 122 |
| ANEXO D. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA | 124 |
| ANEXO E. MINIEXAME DO ESTADO MENTAL | 126 |
| ANEXO F. ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA | 128 |
| ANEXO G. AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA | 131 |
| ANEXO H. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA | 138 |
| APÊNDICES | 140 |
| APÊNDICE A. EXEMPLO DE SCRIPT DE PROGRAMAÇÃO DA RÁDIO-POSTE | 141 |
| APÊNDICE B. CORRELAÇÃO DE SPEARMAN DOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA | 153 |
| APÊNDICE C. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 160 |
| APÊNDICE D. TERMO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA | 163 |

1. INTRODUÇÃO

Diante do envelhecimento populacional, pode surgir insegurança em relação à qualidade de vida (QV) das pessoas que envelhecem. Enquanto jovens passamos boa parte do tempo pensando no futuro, mas, e quando a velhice chega, é possível pensar em futuro? Os indivíduos que melhor poderão responder esta pergunta serão os próprios idosos, afinal todos foram jovens, mas nem todos serão idosos. Mas, se não sabemos como será nossa velhice, como nos preparar para essa realidade que nos espera? Será que deveríamos saber desde a infância que um dia chegaremos a uma fase vital em que a vontade e os desejos serão maiores que nossa capacidade funcional para concretizá-los? Ou será que isso deveria ocorrer na adolescência, quando nosso pensamento pode compreender um pouco mais o abstrato, mas quando a preocupação com as mudanças corporais e mentais, entre outras, é tão acentuada? Ou quem sabe ainda na maturidade, quando se ingressa no mercado de trabalho, quando poderiam ser pensadas formas de viver após aposentadoria? Como promover reflexões para uma melhor QV na fase final da vida? Os centros de convivência (CC) e grupos de terceira idade (GTI) desenvolvem atividades desse âmbito, mas o mesmo pode ser proporcionado em instituições de longa permanência para idosos (ILPI)?

Definir a partir de que idade esse processo educacional deve ser iniciado é um ponto fundamental. Há necessidade de propor ações, nas mais diversas áreas do conhecimento, para chegarmos a uma velhice o mais confortavelmente possível. Nesse contexto, buscamos questionar se os espaços de socialização e de comunicação podem ser vistos, dentro das condições de saúde, como instrumentos promotores de melhores condições cognitivas, emocionais e de QV. Para tanto, procuramos enfatizar nesta pesquisa o princípio da autonomia e direito à voz, bem como promovemos por meio de uma rádio-poste um espaço de socialização em ILPI. Entre os motivos que impulsionaram o desenvolvimento desta pesquisa, destacamos a vivência em ILPI proporcionada pelo grupo de pesquisa organizado pelo Dr. Adriano Pasqualotti. Ao desenvolvermos este projeto, foi possível observar, ainda que de forma subjetiva, o desejo de fala dos idosos, a necessidade de diálogo, do contar suas histórias e saudades, além de perceber uma barreira física para a socialização dos discursos desses idosos tanto para a comunicação quanto para o acesso à informação.

Os indicadores sociais do IBGE afirmam que o Brasil encontra-se em processo de envelhecimento populacional. No período compreendido entre 1997 e 2007, a população brasileira apresentou crescimento relativo de 21,6%, e esse crescimento foi de 47,8% na população de 60 anos ou mais, e maior ainda na população de 80 anos ou mais, 86,1%. São crescimentos explicados sobretudo pelo adiamento da mortalidade em virtude dos avanços da medicina e dos meios de comunicação (IBGE, 2008) que possibilitaram a maior e mais rápida propagação das informações necessárias para a prevenção de doenças e promoção de saúde. No que concerne à distribuição dessa população geograficamente, em 2007, havia 20 milhões de idosos no Brasil, o que correspondia a 10,5% do total da população, destes, 16,5 milhões viviam na área urbana e 3,4 milhões, na área rural, com destaque para as regiões metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo, que somavam 1,7 milhão e 2,1 milhões, respectivamente. Na região Sul do país, 11,0% dos idosos viviam na zona urbana e, 13,2%, na rural (IBGE, 2008).

Viver mais anos para boa parte das pessoas é algo almejado; mais interessante, contudo, é viver com QV, de acordo com as expectativas de cada indivíduo para essa conceituação. Constata-se uma situação de precariedade nas estratégias que garantam as melhores condições de QV frente ao crescimento rápido da população idosa em nosso país. Porém, o processo de envelhecimento é inevitável e intrínseco a todos os sujeitos (PORTELLA, 2004), e as ações tomadas nesse momento refletirão no futuro da próxima geração, na qual estamos incluídos. Como seres de linguagem, e esta considerada um componente importante da saúde em geral, tanto para a inserção social, quanto para a QV (GAMBURGO; MONTEIRO, 2007), o velho, à medida que perde seu lugar nas instituições de representação social, perde não somente o espaço em que essa linguagem se faz presente por meio do diálogo, mas, também, o significado de sua vida e parte das mediações que favoreciam o seu constante desenvolvimento humano (BOTH, 2001).

Faz-se necessário lembrar que nesse processo de envelhecimento sempre há espaço para novas significações, já que as grades etárias presentes em todas as sociedades mudam em diferentes contextos (PORTELLA, 2004). Segundo Portella (2004), ocorre um processo de exclusão social na velhice em consequência das atuais condições de produção e organização econômica vigentes, e, nesse contexto, movimentos associativos e GTI surgem como “porta-vozes” das necessidades e objetivos desse segmento. Os GTI seriam meios de ações coletivas, associados a outros

atores sociais criados pelos mesmos sujeitos que se encontram nesse segmento etário, para lutar contra a exclusão social e redefinir os espaços de cidadania.

Nesses espaços os idosos podem se socializar e continuar se desenvolvendo, o que é fundamental, visto que as relações sociais têm sido descritas como provedoras de saúde entre idosos e como um meio facilitador no enfrentamento das questões de estresse na vida dessa população (RAMOS, 2002). Por outro lado, observa-se um atual aumento no número de idosos institucionalizados com idades mais avançadas, mulheres na maioria, aos cuidados de ILPI e os motivos de institucionalização geralmente se relacionam à carência de um suporte familiar, social e financeiro, comorbidades em saúde, como, sequelas de doenças crônicas e agravos, tais como quedas e limitações físicas e cognitivas e à opção pessoal do sujeito em questão (WATANABE, 2009).

Ao ser institucionalizado, o indivíduo perde parte de sua posição social no mundo externo, o que pode significar a perda do “eu”. Geralmente ele não possui as chaves de seu dormitório, divide-o com pessoas desconhecidas, seus pertences são registrados e identificados, ele passa a ter horários preestabelecidos para atividades rotineiras, como tomar banho, fazer as refeições e descansar, etc. (WATANABE, 2009). Dessa forma, segundo Pasqualotti et al. (2009), interrompe-se laços estabelecidos pela interação com outros ambientes sociais, levando ao “enfraquecimento identitário”, ao limitar a participação nos contextos que geravam sentimentos de pertencimento social e de validação subjetiva diante dos outros sujeitos, tal como uma segregação do indivíduo em relação ao universo mais amplo, que passa a distanciar-se cada vez mais destes cenários, diante das constantes revoluções tecnológicas.

Este cenário estará influenciando a QV do idoso e compreender o conteúdo QV na velhice é central ao desenvolvimento de iniciativas de intervenção visando à prevenção e à reabilitação nos vários contextos da vida do indivíduo e ao planejamento e avaliação de serviços e políticas destinados a promover o bem-estar dos idosos (NERI, 2004). Porém, uma boa QV não necessariamente depende exclusivamente do indivíduo, mas de sua interação com os outros e com a sociedade através dos papéis que ele desenvolve (FRAQUELLI, 2008). Nesse sentido, a educação permanente pode ser uma maneira de oportunizar aprendizagens contínuas e, dessa forma, gerar QV na medida em que favorece a interação consigo mesmo, com as outras pessoas e com a natureza, além de poder favorecer entendimentos que associem entre si a autonomia e o enfrentamento

de desafios para a vida diária dos sujeitos (BOTH, 2001) que estão vivenciando o seu processo de finitude.

Para facilitar a captura, processamento, armazenamento e intercâmbio de informações através de comunicações eletrônicas, surgiram as tecnologias de informação e comunicação (TIC), definidas como tecnologias digitais e analógicas. Essas tecnologias têm o potencial para melhorar a gestão da informação, o acesso aos serviços de saúde, a qualidade de atendimento, a continuidade dos serviços e contenção de custos na saúde pública (GAGNON et al., 2009). Diante disso, as TIC podem intensificar o processo de aprendizagem ao possibilitar a interação com diferentes informações, pessoas e grupos e a socialização dos conhecimentos e histórias de vida, aumentando a autoestima e autorealização dos sujeitos em envelhecimento (SILVEIRA et al., 2010).

Por esse motivo decidimos utilizar uma TIC para mediar o desenvolvimento de um espaço de socialização, de diálogo e interação, de forma a atribuir ludicidade à intervenção proposta. Dentre estas tecnologias, escolheu-se o rádio porque este tem uma relação intrincada com a história de vida do idoso atual, o que provavelmente poderá ser diferente para outras gerações que acompanham o surgimento de novas TIC. O rádio brasileiro, que viveu sua época de ouro na década de 1940, passou por várias adaptações e foi sua característica de portabilidade que contribuiu para que permanecesse em constante adaptação aos novos tempos e cenários, aliando-se ao celular e mesmo ao computador, sem ser abandonado em virtude do surgimento das outras TIC (SANTANA; GUIMARÃES; TAVARES, 2004).

Neste estudo, utilizou-se uma estrutura de rádio-poste, também chamada de rádio por alto-falantes ou comunitária. Segundo Santana, Guimarães e Tavares (2004), essas rádios têm como dois princípios fundamentais incluir as pessoas de modo democrático aos meios de informação e responder ao artigo 5º da Constituição Brasileira, no que diz respeito à liberdade, à expressão intelectual, artística, científica e de comunicação, isenta de censura ou licença. Além de buscar garantir direitos legalmente constituídos, o rádio possui características intrínsecas, parecendo libertar o ouvinte de seus problemas e ansiedades, relaxa, reduz sentimentos de solidão, informa, aconselha, amplia a experiência pessoal e contribui para o autoconhecimento (MCLEISH, 2001).

Refletindo sobre o contexto apresentado, este estudo teve como foco os seguintes questionamentos: Quais os efeitos provenientes de uma vivência dialógica promovida por um espaço de socialização mediado por uma rádio-poste sobre a QV, a cognição e a depressão de idosos residentes em instituições de longa permanência? Quais são os significados e os conhecimentos relacionados com as TIC relatados pelos idosos a partir dessa experiência? Dessa forma, o objetivo geral da pesquisa foi identificar as possíveis mudanças sinalizadoras de QV, cognição e depressão e o significado da experiência vivenciada em uma rádio-poste; já, com relação aos objetivos específicos, buscamos contemplar as seguintes metas: i) Expor e discutir a realidade tecnológica de informação e comunicação das ILPI investigadas; ii) Conhecer os significados e os conhecimentos advindos da intervenção por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas durante os debates promovidos dentro da programação da rádio-poste; iii) Investigar a QV, o estado cognitivo e a depressão antes e após a intervenção usando as escalas de QV Whoqol-old, Whoqol-bref e Flanagan, a escala de depressão geriátrica de 15 questões e o miniexame do estado mental.

Esta dissertação está estruturada da seguinte forma. A fundamentação teórica está dividida em três pilares. Primeiramente, são descritas as condições sociodemográficas da população idosa brasileira e algumas características dos GTI e ILPI, cenários desta pesquisa. No segundo momento, enfatizamos a necessidade de uma atenção em saúde de caráter interdisciplinar considerando a heterogeneidade de condições de saúde, entre elas, de QV, cognição e depressão e o que seria uma abordagem global dos sujeitos. No terceiro momento, buscamos promover reflexões sobre a construção das subjetividades e da identidade dos sujeitos nos espaços de socialização, como as TIC modificam as relações interpessoais, os espaços de socialização e a percepção de si mesmo, e realizamos um breve histórico do rádio no Brasil e sua relação com a população idosa atual. A seguir, descrevemos os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa. No capítulo dos resultados, descrevemos o perfil da amostra, os dados de natureza qualitativa e os de natureza quantitativa. Na sequência, procuramos discutir os achados com base nas referências bibliográficas relacionadas ao tema da pesquisa e, por fim, apresentamos nas conclusões os achados que consideramos de fundamental importância neste trabalho.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A seguir estão descritos os pilares teóricos desta pesquisa, que trata do envelhecimento humano, dos ambientes de atenção à pessoa idosa além do seio familiar, das condições necessárias para uma boa QV e as condições de saúde nessa população e do papel mediador das TIC à socialização interpessoal, enfatizando também as possibilidades de uma rádio-poste. Primeiramente, tentamos descrever o cenário do envelhecimento no Brasil, abordando as preocupações e os principais questionamentos que surgem com o crescimento da população idosa. Também investigamos a distribuição da população idosa na sociedade e especificamente o papel das ILPI, dos GTI e dos CC, cenários desta pesquisa. No segundo tópico, há uma busca para explicar o termo QV nas citações literárias recentes. Procuramos trazer um conceito maior de reabilitação, entendendo que a QV consiste de domínios e que, para responder a cada um deles, há a necessidade da interdisciplinaridade e de intervenções com enfoques diversificados tal qual propomos nesta pesquisa. A contribuição dos espaços de socialização na construção da identidade dos sujeitos e do desenvolvimento humano na velhice é discutida no terceiro tópico. Neste tentamos elucidar, juntamente, o termo “tecnologias de informação e comunicação”, as novas TIC e como elas têm provocado mudanças nos espaços de socialização, a interação dialógica e a história do rádio no Brasil.

2.1. INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO DA PESSOA IDOSA

A preocupação com a velhice no Brasil é recente, pois as primeiras ações políticas datam da década de 1970. Segundo Rodrigues (2001), antes disso, a proteção dessa população consistia de alguns artigos do Código Civil (1916), do Código Penal (1940), do Código Eleitoral (1965) e de variados decretos, leis e portarias. Essa apreensão surgiu no momento em que as mudanças etárias foram mais acentuadas. E este fato iniciou com uma lenta queda nos níveis de fecundidade do Brasil no final da década de 1960 (IBGE, 2011)¹.

¹ Utilizamos dados publicados pelo IBGE nos anos de 2008, 2009 e 2011, pois algumas informações interessantes a esta pesquisa estavam disponíveis apenas em publicações com dados anteriores ao censo 2010.

Pensando com relação à unidade de federação em que esta pesquisa foi desenvolvida, além do Rio Grande do Sul abrigar grande parte da população idosa no país, foi o estado que menos cresceu em população. Isso representa claramente as mudanças previstas nas pirâmides etárias, nas quais é possível observar em relação ao Brasil em 2010 um acentuado estreitamento da base, ao mesmo tempo em que o ápice se torna cada vez mais largo. Expectativa que decorre do contínuo declínio dos níveis de fecundidade e, em menor parte, da queda da mortalidade, e essa tendência segue para todas as regiões do país, porém tendo características de predomínio jovem no Norte, seguido do Nordeste, passando para intermediárias no Centro-Oeste e de população idosa no Sul e no Sudeste. Tal estreitamento da base deve-se à diminuição da representatividade do grupo das crianças de zero a quatro anos dos sexos masculino e feminino. Por outro lado, o simultâneo alargamento apical da pirâmide etária espelha o crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 5,9% em 2000, passando para 7,4% em 2010 (IBGE, 2011). Essas previsões que pareciam tão distantes agora são vividas por todos e a expectativa de vida de 73,1 anos no Brasil gera inúmeros questionamentos, sobretudo se conseguiremos manter a QV na fase mais adiantada da vida. E questionamos: onde estão esses mais de 20 milhões de idosos contabilizados no último censo demográfico? Em que condições de saúde se encontram?

Segundo os dados do censo de 2010, no Rio Grande do Sul residem em domicílios 464 984 pessoas com 60 a 64 anos, 343 579 com idades entre 65 e 69 anos, 262 045 entre 70 e 74 anos, 187 088 com 75 a 79 anos e 201 901 pessoas com 80 anos ou mais, totalizando 2 919 194 sujeitos acima de 60 anos; no Brasil somando 20 590 599 pessoas residindo em domicílios no país com idades acima de 60 anos (IBGE, 2011). Os dados do IBGE (2008) da pesquisa nacional por amostra de domicílios revelaram, em 2007, que, dos quase 20 milhões de idosos brasileiros na época, 45% conviviam com seus filhos, na condição de chefe do domicílio, condição indicadora de situação saudável e positiva ao bem-estar, relacionada ao convívio dos idosos com filhos ou parentes (CAMARANO, 2006).

Segundo Camarano, Kanso e Mello (2004) a família é muito importante e eficiente no que concerne ao bem-estar dos indivíduos e à distribuição de recursos. Isso porque ela intermedeia parte da relação entre o mercado e os indivíduos, por distribuir

rendimentos entre membros e da mesma forma como faz a intermediação entre o Estado e o indivíduo, redistribuindo, direta ou indiretamente, os benefícios recebidos. Dessa forma, seria ideal que todos os idosos permanecessem em seus domicílios onde construíram suas vidas, porém há uma heterogeneidade significativa nessa população que justifica a necessidade de atenções bastante diversificadas. E a funcionalidade, termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação (CIF, 2003), vai constituir um fator determinante no autocuidado e na capacidade dos familiares em atender às necessidades advindas da velhice.

A presença de incapacidade, termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação (CIF, 2003), independente da patologia que a causou, é uma das maiores causas de institucionalização da velhice em casas de longa permanência. Em 2003, 13,3% dos idosos brasileiros, aproximadamente, 2,0 milhões de idosos não tinham capacidade de realizar atividades simples, tais como comer ou ir sozinhos ao banheiro (CAMARANO, 2006). Porém, a dependência não deve ser considerada um estado permanente, mas como um processo dinâmico, no qual a evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida, se houver ambiente e assistência apropriados (FERREIRA et al., 2010).

Essa heterogeneidade do segmento idoso pode ser observada a exemplo do intervalo etário que esse grupo apresenta, no qual pessoas na faixa de 60 anos podem manifestar vigor físico e mental pleno e, no entanto, pessoas na faixa de 90 anos, podem se encontrar em situações de maior vulnerabilidade nos mesmos aspectos. Essa característica não se deve apenas a diferenças na composição etária, mas compreende diferentes trajetórias de vida e inserções distintas na vida social e econômica do país, o que exige políticas públicas diferenciadas (CAMARANO, 2006).

Respeitando as disparidades tão bem explicitadas nas pesquisas populacionais, as políticas públicas elaboradas para suprir as carências advindas dessa situação ainda necessitam de maiores parcerias entre as esferas de governo para que possam se tornar efetivas. Um grande estímulo para a tomada de decisões poderia ser a iminente possibilidade de envelhecer na vida da maior parte das pessoas, uma vez que o envelhecimento é inevitável e intrínseco a todos os sujeitos (PORTELLA, 2004). Assim, o momento exige que se adotem medidas que assegurem a QV em seu amplo espectro. E, independentemente das instituições onde o idoso vai tentar promovê-la, o

ponto chave entre esses ambientes físicos distintos se dará na busca dessa QV, seja pela oferta de cuidados à saúde quando o sujeito não apresenta mais condições físico-funcionais de se autocuidar, seja quando se procuram atividades que promovam o desenvolvimento pessoal.

Nesse contexto, a diversidade na oferta de atividades, seja de ordem privada, seja pública, tem favorecido a proteção dessa população, e o cenário desta pesquisa enfocou três tipos de instituições onde muitas dessas ações ocorrem na comunidade em geral: um centro de convivência (CC), e nesta um GTI, na parte piloto do projeto de pesquisa, e quatro ILPI na parte definitiva da pesquisa. Embora a maior parte dos idosos habite em suas residências, tem crescido o número de ILPI, unidades de saúde de baixa complexidade, cuja função é atender ao idoso impossibilitado de se autocuidar (DANILOW et al., 2007), sendo a miséria e o abandono as principais causas de institucionalização, além de deficiências físicas e mentais (BRANDÃO; PELZER; GOMES, 2008).

Segundo Watanabe (2009), historicamente o cuidado com pessoas com alguma incapacidade funcional ou dependência se desenvolvia inicialmente no espaço privado do domicílio, comumente por familiares. Contudo, esse cuidado foi se tornando mais difícil, por causa da mudança na conformação das famílias e do ingresso da mulher, geralmente a cuidadora familiar de eleição, no mercado de trabalho. Em razão disso, o Estado e as instituições privadas passaram a dividir com a família as responsabilidades pelo cuidado com os idosos, oferecendo diversas modalidades de serviços para sua assistência (WATANABE, 2009).

Para termos uma noção do número de idosos institucionalizados, em 2005, o Ministério de Desenvolvimento Social financiou 1 146 instituições, onde residiam 24 859 idosos. Esse investimento não cobre 0,2% dos idosos brasileiros, além de se considerar que as instituições conveniadas não constituem o total de ILPI do país. Uma aproximação do total de residentes nas ILPI, de acordo com o censo demográfico de 2000, trazia que 107 mil idosos residiam em ILPI, o que representaria 0,8% da população idosa (CAMARANO, 2006). Recentemente o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) fez o primeiro censo de abrigos e asilos do país e descobriu que apenas 0,5% da população com mais de sessenta anos está em uma das 3 548

instituições brasileiras. Mais de dois terços dos municípios brasileiros não têm nenhum abrigo para idosos (IPEA, 2011).

No que concerne ao fomento dessas ILPI, a maioria (65,2%) é de natureza filantrópica, sendo apenas 6,6% públicas, predominantemente municipais, o que corresponde a 218 instituições, número menor do que o de instituições religiosas vicentinas, aproximadamente setecentas (CAMARANO; KANSO, 2010). Nessas ILPI pesquisadas, residiam em torno de 100 mil pessoas, das quais 84 mil eram idosas, o que representa menos de 1% da população idosa brasileira. Com predominância feminina (57,3%) entre os residentes, as ILPI eram pequenas e, em média, abrigavam cerca de trinta residentes (CAMARANO; KANSO, 2010).

Embora as ILPI tenham caráter de confinamento e, muitas vezes, levem ao menor estímulo social do sujeito, por vezes, se tornam a única alternativa viável para preservar mecanismos de sobrevivência diante das dificuldades socioeconômicas, afetivas e familiares encontradas na vida dos idosos (ARAÚJO; COUTINHO; SALDANHA, 2005). Além disso, alguns idosos, embora possuam família, podem escolher viver em uma ILPI voluntariamente, por motivos variados, tais como viuvez, não ter filhos, preferir ser independente, acreditar ser um incômodo aos filhos e netos, não conseguir bons cuidadores informais, temer maus-tratos familiares, entre outros (FREITAS; NORONHA, 2010).

Outra saída para acolhimento social dos idosos são os CC e os GTI. Segundo Toscano e Oliveira (2009), nos CC são formados os grupos de convivência (GC) para idosos, constituindo uma forma aceita e difundida em todo o mundo, por gerar respostas efetivas à problemática do isolamento social enfrentado pelo idoso. De acordo com o primeiro parágrafo do artigo 4º, do decreto 1.948, de 3 de julho de 1996, entende-se por CC uma modalidade não asilar de atendimento constituída: “local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania”.

Os GTI ou GC são entendidos como instrumentos de integração, inclusão social e espaço de prática dos direitos subjetivos (PORTELLA, 2004). Segundo Portella (2004), o primeiro GC do Brasil foi formado em 1963, no Sesc/Carmo em São Paulo, objetivando formar grupos de aposentados e suprir as necessidades do agrupamento em

si, mantendo-os ocupados em atividades que exigiam troca de experiências e sentimentos. Atualmente, se mantém parte dos objetivos iniciais do primeiro GC ou GTI, e também se atribuíram atividades de formação e educação continuada, além do lazer. Assim, nos GTI os sujeitos praticam ginástica, dançam, cantam, conversam, viajam, participam de fóruns de debate e seminários temáticos, trocam ideias e experiências a fim de manterem-se ativos socialmente e viverem mais saudavelmente essa etapa da vida (PORTELLA, 2004).

É importante entender esses diferentes contextos, pois também representam toda a heterogeneidade até então ressaltada e que remete à reflexão de sujeitos com percepções de realidades de mundo muito diferentes, o que pôde ser retratado no estudo realizado por Araújo, Coutinho e Saldanha (2005) acerca das representações sociais entre idosos participantes de GTI e ILPI. Os pesquisadores revelaram que os idosos participantes de ILPI objetivam suas representações sociais da velhice numa conotação negativa e geralmente relacionada ao binômio velhice-doença, enquanto vivenciam seu processo de envelhecimento num total confinamento socioafetivo devido à institucionalização da velhice.

Essa significação segundo Portella (2004), não existe nos participantes de GTI, nos quais nenhum deles sente falta do tempo em que tudo era estagnação; ao contrário, predomina a esperança de um envelhecer saudável como objetivo possível e pleno de oportunidades disponibilizadas nos GTI. Numericamente é difícil contabilizar quantos GTI existem no país. Em 2004 havia no Brasil no mínimo 150 programas de Universidades Abertas de Terceira Idade (UnATI), que constituem verdadeiros centros utilizando as possibilidades existentes nas universidades para promover a saúde e a qualidade em seu sentido mais amplo (VERAS; CALDAS, 2004).

O projeto piloto desta pesquisa ocorreu num GTI, um segmento que busca um espaço comunicativo, e foi concluída num grupo que perde a maior parte dos espaços de socialização em virtude da internação na ILPI. Este tópico pretendeu promover reflexões no leitor a respeito desses ambientes de socialização para visualizar a importância da comunicação, da linguagem e a busca que há em torno desta, chegando mesmo a se fazer por meio da formação de grupos, que conseguem manifestar, dessa forma, seus desejos e direitos políticos.

2.2. NECESSIDADES DE ABORDAGENS INTERDISCIPLINARES DE REABILITAÇÃO

A leitura do tópico anterior revela o crescimento da população idosa que movimentada todas as outras parcelas etárias, e a busca da QV dos idosos em diferentes espaços, porém trata-se de uma preocupação recente e carente de muitas ações sociais. O crescimento evidente da população idosa não é mais uma previsão, mas sim uma realidade. Neste segundo tópico procuramos discutir a QV, a depressão e a cognição na velhice, que comumente passam por novas significações, a fim de que os leitores possam visualizar a complexidade de fatores que envolvem cada um desses temas, e, dessa forma, possam observar que o cuidado da saúde do idoso necessita de equipes multidisciplinares com abordagens interdisciplinares, tais como propomos nesta pesquisa.

Segundo Ayres (2007), há necessidade de uma reconstrução humanizadora das práticas de saúde. O autor se refere a um verdadeiro mergulho no mundo de significados dos sujeitos a quem se presta assistência, valorizando seus projetos de felicidade e experiências humanas, tendo em vista que somente estes conhecem suas reais carências. Segundo Vieira et al. (2011, p. 153), historicamente, têm sido descritas na literatura, nas artes, nas mídias, na cultura e no cinema, diversas imagens do processo de envelhecimento e do idoso. Imagens estas geralmente relacionadas ao velho, como se refere o autor, ao “fraco, dependente e incapaz, especialmente para o trabalho”.

A velhice não é sinônimo de doença, mas concorre com um aumento no número de doenças crônicas, cujo tratamento exige equipes multi e interdisciplinares que permitam a atenção aos vários domínios, que, unidos, constituem o significado de QV. Nesse sentido, para suprir essa necessidade é que várias instituições, seja de iniciativa pública, seja privada, na forma de GTI, CC, UnATI e ILPI, dispõem de diversos profissionais especializados no atendimento de idosos. Nessas instituições, além de serem oferecidas atividades preventivas, há uma gama de cuidados voltados à reabilitação. Porém, cabe apresentar um conceito mais amplo de reabilitação, porque historicamente as intervenções em reabilitação muitas vezes foram guiadas por um modelo de saúde definida unicamente pela ausência de doenças, focalizando a avaliação e o tratamento dos sinais e sintomas patológicos, considerando apenas o aspecto físico do paciente (SAMPAIO et al., 2005).

Segundo Porto, Simões e Moreira (2004), o tratamento do corpo vem se modificando ao longo do tempo, adaptando-se às grandes modificações conceituais e de práxis nas diversas épocas. Assim, na atualidade, os modelos de reabilitação espelham uma mudança paradigmática, definindo a saúde em termos mais amplos, afirmando os fatores sociais, psicológicos e ambientais como integrantes da saúde e da QV (SAMPAIO et al., 2005). Superar a tradicional dualidade presente no paradigma cartesiano no entendimento do corpo tem sido objetivo de autores de diversas áreas do conhecimento. Assim, a vivência existencial do corpo tem sido apresentada em estudos mais recentes, de forma que os aspectos biológicos, cognitivos, psíquicos, econômicos, culturais e sociais compõem essa corporeidade existencial (PORTO; SIMÕES; MOREIRA; 2004).

Sabe-se que os idosos são grandes usuários de serviços de saúde devido à maior prevalência de doenças e incapacidades nessa população (MELO et al., 2009). Nas ILPI cerca de 70% dos internos são portadores de alguma incapacidade e ao longo de sua estada nesses locais muitos idosos podem vir a adquirir incapacidades e até mesmo se tornarem dependentes (WATANABE, 2009). Diante dessa realidade, segundo Brito (2008), a manutenção da capacidade funcional e a diminuição de seu declínio é de extrema necessidade, independentemente de o idoso residir em ILPI ou não, pois o envelhecimento associado com redução da capacidade funcional, perda da autonomia e mesmo dependência física, vai culminar na impossibilidade ou dificuldade no desempenho das atividades de vida diárias, podendo, dessa forma, gerar afastamento social e interferindo na QV (BRITO, 2008).

Segundo Lieberman e Lieberman (1993), nossa compreensão sobre o significado da incapacidade é muito pequena diante dos sentimentos e pensamentos individuais e únicos intrincados no sujeito incapacitado. Ao considerarmos o sujeito de forma global com suas características genéticas, eletroquímicas, hormonais, neurológicas, seus mecanismos mentais, suas crenças e valores socioculturais, espirituais e étnicos, dentro das realidades socioeconômicas correspondentes a realidade de tempo e espaço no qual interage, o profissional da saúde deveria compreender as emoções de tal indivíduo. Também de importância no processo de reabilitação é a tentativa de se imaginar na mesma condição do paciente. E a regra de ouro da assistência à saúde deve ser oportunizar ao paciente o contar suas necessidades e

desejos. De acordo com Davis (1993, p. 37), isso é importante, pois “[...] as pessoas se sentem vivas através de sua conexão com o mundo e, quando enfermas, elas se sentem desligadas, fragmentadas e desinteressadas pelo mundo”.

Considerando a complexidade do conceito de reabilitação, muitas vezes entendido no sentido de recuperação de uma enfermidade, afirmamos que ela não se limita dessa forma, pois ela engloba a estabilização do problema primário e a prevenção de complicações secundárias, a restauração da função perdida, a readaptação da pessoa ao seu ambiente, a adaptação do ambiente à pessoa e a promoção da adaptação familiar (DIOGO, 2000). Nesse sentido, embora se tenha dado tanto valor à medida da funcionalidade, é preciso considerar a importância da QV como um resultado desse processo (SAMPAIO et al., 2005).

Segundo pesquisadores da Organização Mundial da Saúde, QV é a percepção do indivíduo quanto à sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, levando em conta suas metas, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. Os mesmos especialistas observam que ela é afetada pela interação entre saúde, o estado mental, a espiritualidade, os relacionamentos do indivíduo e os elementos do ambiente. Segundo Gordia et al. (2011), ao revisar bibliograficamente o conceito de QV, o contexto histórico da mesma demonstra que o interesse e a discussão sobre a temática são recentes. Além disso, embora o conceito desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde seja muito usado, ainda não há um consenso na literatura sobre qual definição melhor representa esse construto e não há estabelecimento da magnitude da participação de cada fator sobre a QV, que parece estar associada tanto a fatores biológicos e comportamentais quanto a aspectos sociodemográficos e culturais.

O modelo multidimensional de Lawton (NERI, 2004) considera uma boa conceituação de QV a descrição de sua estrutura e detalhamento de seu conteúdo. Para o autor, o envelhecimento gera uma menor responsividade ao ambiente e uma maior dependência a ele. Ele apresenta doze princípios de docilidade ambiental que podem servir como guia para o estabelecimento de normas no funcionamento de asilos e de instituições que abrigam idosos com demência: assegurar a privacidade; oportunizar a interação social; oportunizar o exercício de controle pessoal, liberdade de escolha e autonomia; personalizar tratamentos, objetos e locais; estimular a orientação espacial;

garantir a seguridade física; oferecer equipamentos e o seu funcionamento no cotidiano; propiciar um ambiente estimulante e desafiador; facilitar a discriminação de estímulos visuais, táteis e olfativos; ambientes agradáveis; ambiente adaptado ao atendimento de novas necessidades; ambiente familiarizado, desde a mobília e o contato com a natureza.

Quanto ao que realmente o idoso prioriza na sua QV, o estudo realizado por Dalla Vecchia et al. (2005) acerca da percepção subjetiva de idosos ambulatoriais encontrou três grandes categorias de significados de QV: a primeira em que a questão afetiva e a família são consideradas fundamentais, a segunda, que valoriza a obtenção do prazer e do conforto, e a terceira, que o idoso identifica a QV colocando em prática o seu ideário de vida. Além de tais componentes necessários para uma boa conceituação de QV, estudos recentes indicam a interação social como de fundamental importância para a conquista e manutenção do apoio social e na garantia de uma QV melhor (CARNEIRO et al., 2007). Há uma relação estabelecida entre saúde e QV e é de suma importância a criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades pessoais (VERAS; CALDAS, 2004).

A exemplo disso, no estudo de Carneiro et al. (2007) pode-se ler que idosos asilados apresentaram um menor repertório de habilidades sociais e uma pior QV do que aqueles situados em contextos familiares ou em outras instituições como uma UnATI. Já Souza e Carvalho (2009), ao comparar os valores de QV entre idosos comunitários associados e não associados a um CC, encontraram valores mais altos naqueles que estavam associados a um CC. Em contrapartida, uma pesquisa inédita sobre os asilos brasileiros mostra que em muitos casos essas instituições também podem melhorar a QV dos idosos, independentemente da classe social. Isso porque, mesmo nos locais mais simples, aqueles que lá residem podem dispor de benefícios que não obteriam vivendo fora deles (AZEVEDO, 2010).

A socialização que integra uma fatia importante da QV parece ser um dos maiores ganhos dos idosos em ILPI. E a adaptação à ILPI, segundo um estudo recente do Ipea, recebe influência da expectativa que o sujeito tinha previamente sobre o ser ou não cuidado pelos parentes, pois há tanto os que decidem por si acreditando na possibilidade de maior liberdade em relação à que teriam na casa de parentes ou por se

considerarem uma sobrecarga à família e, por outro lado, os que foram internos por decisão arbitrária da família a contragosto do idoso (AZEVEDO, 2010).

Se a forma como o indivíduo interpreta sua realidade é o que torna tão particular o significado da QV, seria interessante despertar a atenção para uma educação gerontológica que se iniciasse na infância preparando as pessoas para uma velhice com qualidade. Segundo Both (1999), a qualidade dos conteúdos aprendidos na escola vai determinar a qualidade das relações da criança com o seu mundo. A conquista da longevidade seria justificativa suficiente para essas mudanças curriculares. Entretanto, como o momento exige ações com resultados em curto prazo, esse pensar reflexivo deve ser estimulado por meio das diversas instituições que abrigam essa população. A educação permanente e a oportunidade de aprendizagens contínuas atendendo à necessidade de interação, participação e reconhecimento público podem permitir viver mais e melhor (BOTH, 2001).

Segundo Roldão (2009), a aprendizagem contínua é fundamental e, após revisão literária, cita que nesse contexto há cinco caminhos nos quais a QV pode estar intrincada nesse processo: por possibilitar uma compreensão atualizada do seu meio sociocultural; conscientizar sobre suas próprias potencialidades na velhice; protegê-lo quanto à saúde exercitando o cérebro; possibilitando atividades e espaços para formação da personalidade; e, ao ser organizado em atividade grupal, o contato com outras pessoas pode favorecer a adoção de condutas resilientes.

No entender de Veras e Caldas (2004), o movimento das UnATI é exemplo de práticas que vêm crescendo desde a década de 1970, cujos resultados demonstram novas perspectivas de inserção e ampliação da participação social e de melhoria das condições de saúde e QV dos seus participantes, ao passo que CC e programas de terceira idade parecem corroborar com o nível cognitivo e na satisfação com a vida de seus participantes, segundo Yassuda e Silva (2010). Estes autores investigaram idosos participantes de CC e encontraram resultados que indicaram que a participação em programas sociais possibilita alteração no desempenho cognitivo e maior satisfação em relação ao envolvimento social. Encontraram, também, aumento estatisticamente significativo no pós-teste para a tarefa de memória episódica e ganhos marginalmente significativos para o desempenho no teste de fluência verbal e para a satisfação com a vida referenciada ao domínio envolvimento social.

Diante dos argumentos expostos, entendemos que os significados de incapacidade e QV são muito particulares dos sujeitos e se moldam de acordo com as experiências de vida. No entanto, muito além de observar apenas a incapacidade física visível, é preciso considerar que condições emocionais e cognitivas podem interferir diretamente na relação do sujeito com o mundo. Por esse motivo, incluímos nesta revisão, dentro do tópico de QV, o estado cognitivo e a presença de depressão na velhice, por estarem associados com os julgamentos dos sujeitos.

Um aspecto importante da personalidade é que esta determinará a maneira de viver da pessoa, que irá se expor mais ou menos a fatores de risco para doenças ou para proteção, tais como uma alimentação saudável, abandono ao tabagismo, a prática de atividade física regular, entre outros (STUART-HAMILTON, 2002). Segundo Máximo (2010), somente quem já vivenciou a depressão pode conhecer exatamente tal condição. De outra forma, pode-se até imaginar o sofrimento do outro, mas jamais se saberá a exata dimensão da tristeza que domina a pessoa em depressão. O estudo de Trentini et al. (2006) concluiu que a intensidade de depressão do idoso pode exercer forte influência na percepção que o mesmo manifesta em relação à sua QV.

A depressão é uma condição que quase todas as pessoas experimentam de forma relativamente leve em vários momentos da vida, tais como as melancolias, que cessam em poucos dias, ao contrário da depressão, que é de longa duração e interfere no funcionamento normal (STUART-HAMILTON, 2002). A depressão é comum na velhice, não faz parte do processo natural de envelhecimento, é reversível com tratamento precoce e variado e, se não tratada, dá início à incapacidade física, cognitiva e social. É mais comum em idosos institucionalizados em ILPI do que nas comunidades, e seus sinais e sintomas mais relatados são representados pela tristeza, diminuição do humor, pessimismo diante do futuro, sensação de culpa e criticidade em relação a si próprio, agitação, raciocínio lentificado, déficit de concentração, alteração do sono e do apetite (VAZ; GASPAR, 2009).

Os distúrbios neuropsiquiátricos como a depressão no idoso são causa principal de perda da capacidade de realizar as atividades de vida diárias, sofrendo influência de fatores genéticos e ambientais, que sugerem diferentes níveis de depressão de acordo com o contexto na qual o idoso está inserido, porém a prevalência dos sintomas depressivos parece ser maior em idosos institucionalizados, quando comparados aos em

situação de hospitalização e em cuidado ambulatorial (PORCU et al., 2002). E essa realidade parece ocupar diversos ambientes sociais. Estudos têm mostrado que, mesmo em lar protegido, os idosos apresentam essa doença, sendo a falta dos familiares, o sedentarismo e a suposta invalidez alguns causadores (BRUNO; NUNES; PEIXOTO, 2007). A depressão é considerada uma doença crônica da população brasileira e acomete 11,9% dos idosos e 4,9% do conjunto da população (NERI et al., 2004).

Pessoas que se sentem solitárias podem ter potencial para depressão ou o agravamento de um estado depressivo presente. Lopes, Lopes e Camara (2009) desenvolveram uma pesquisa acerca do sentimento de solidão com 132 idosos de um centro de referência em geriatria e gerontologia de uma universidade e, dos entrevistados, 83,3% concordaram que viver sozinho pode diminuir a QV; 55,0% relacionaram a aposentadoria com o isolamento social e 80,3% acreditavam que sintomas depressivos geravam isolamento social. Dos indivíduos que se identificavam como solitários, 40,4% eram, provavelmente, deprimidos e desamparados; 88,1% não frequentavam clubes nem praticavam atividades coletivas. O estudo relacionou o sentimento de solidão às mulheres e revelou que a conservação do convívio familiar e do trabalho parece impedir o sentimento de solidão.

Em relação ao tratamento da depressão, segundo Medeiros (2010), nos idosos com depressão leve, a psicoterapia é eficaz; em casos de depressão moderada a grave, há necessidade de uma combinação de psicoterapia e farmacoterapia, que geralmente produz maior redução dos sintomas depressivos e manutenção sustentada da resposta do que quando comparada cada terapêutica isolada. Juntamente a essas terapias se sugerem ações interdisciplinares de promoção de saúde, que promovam educação em família e inclusão social como principal meta a fim de prevenir e reduzir o sentimento de solidão dos idosos (LOPES; LOPES; CAMARA, 2009).

A depressão acomete uma parcela importante de idosos e ao mesmo tempo se relaciona com a percepção de pertencimento social. Juntamente, as condições cognitivas também podem ser fundamentais para que o indivíduo estabeleça reflexões sobre sua posição social. Além disso, a amostra desta pesquisa, na literatura, apresenta alto grau de deficiência cognitiva, que é um dos grandes motivos de institucionalização em ILPI. Dessa forma, seguem alguns parágrafos abordando a discussão sobre as repercussões do envelhecimento na capacidade cognitiva.

O envelhecimento cursa com o declínio de capacidades tanto físicas, como cognitivas dos idosos, relacionadas com suas características de vida (HARTMANN JUNIOR; SILVA; BASTOS, 2009). No entanto, o avançar da idade não implica necessariamente na perda da inteligência; há uma lentificação da assimilação de informações, comprometimento da memória visual e auditiva e menor motivação em decorrência dos problemas de saúde e da presença, ou não, de experiência prévia de aprendizagem (OLIVEIRA et al., 2006). Segundo Ávila e Bottino (2006), a depressão e os déficits cognitivos estão entre os principais problemas de saúde mental dos idosos, sendo muito comum que ambas as condições apareçam juntas e desencadeiem piora da QV, queda da funcionalidade, aumento no uso de serviços de saúde, aumento da morbidade e da mortalidade.

Segundo Cancela (2007), o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial que afeta todos os seres vivos, culminando naturalmente na morte do organismo. O cérebro sofre atrofia, perda de peso, diminuição do volume cortical, aumento dos sulcos e morte neuronal, de forma predominante nas circunvoluções frontal superior, temporal superior e frontal ascendente, bem como do córtex visual, diminuindo o número médio de dendritos dos neurônios. Cognitivamente, tais alterações refletem num declínio mais acentuado do desempenho intelectual aos setenta anos. A inteligência no geral permanece estável; na atenção, surgem problemas em dividir a atenção, filtrar ruído durante diálogos, deslocar a atenção; na linguagem, pode surgir dificuldade em compreender frases complexas, o discurso pode se tornar mais impreciso e repetitivo, lapsos ocasionais em encontrar palavras; na memória a aptidão para a manipulação da informação na memória a curto prazo diminui, aparecem déficits de codificação e recuperação, mantendo-se geralmente intacta a memória remota para os aspectos mais importantes da história pessoal; e, também, geralmente ocorre lentificação do pensamento e da ação.

No mínimo 1,4 milhões de idosos no Brasil apresentam demência (CERVEIRA, 2010). Segundo os dados do Ministério da Saúde (2006), a demência participa do grupo das mais importantes doenças que culminam no declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e da independência, e sua incidência e prevalência aumentam exponencialmente com a idade. No *Caderno de Atenção Básica*, nº 19, do Ministério da Saúde, sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa, consta:

A demência é uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento. O comprometimento das funções cognitivas é comumente acompanhado, e ocasionalmente precedido, por deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação. A demência produz um declínio apreciável no funcionamento intelectual que interfere com as atividades diárias, como higiene pessoal, vestimenta, alimentação, atividades fisiológicas e de toalete (BRASIL, 2006, p. 108).

Nesse processo, Gamburgo e Monteiro (2007) ressaltam que as perdas cognitivas dependem mais da possibilidade de convívio social e das oportunidades que o idoso teve no curso de sua vida do que simplesmente um processo puramente biológico e de degradações progressivas. O esquecimento de datas ou nomes de pessoas e lugares, ou obter uma pontuação ruim em testes de estado mental e memória, segundo estes autores, não são situações que possam ser diretamente atribuídas a comprometimentos cognitivos. Isso é explicado porque muitos fatores podem interferir na cognição, entre eles, percepção de baixa autoeficácia, baixa autoestima, fadiga, dependência, perdas de parentes e amigos, e, de maneira especial, a depressão, frequente na velhice. Contudo, muitas síndromes demenciais passam despercebidas, seja por insuspeitas, seja pelo não reconhecimento diante de evidências. Em estudo, Cerveira (2010) encontrou uma baixa taxa de encaminhamentos mesmo na presença de prejuízo cognitivo mensurado por uma rápida avaliação cognitiva no ambulatório. O autor afirma que o diagnóstico nos quadros iniciais de desenvolvimento da doença demonstra evidência de melhores benefícios para o paciente, devendo se tornar rotineira a análise cognitiva nas avaliações. Considerando essa multifatorialidade causal, o diagnóstico diferencial entre o que é normal e onde começa uma patologia é difícil, principalmente no diagnóstico dos problemas cognitivos leves. Nesse caso alguns testes, como de evocação retardada de lista de palavras, memória lógica, pensamento categórico, destreza visuo-motora espacial e o teste de nomeação de Boston parecem ser os mais discriminativos (DAMASCENO, 1999).

Parente et al. (1999) relatam a importância da memória verbal como capaz de auxiliar na diferenciação entre as perdas cognitivas decorrentes da velhice e provenientes de processos demenciais. Segundo estes, no envelhecimento normal, apesar da menor captação de informações por meio da memória de curto prazo verbal, o idoso utiliza estratégias da memória episódica de longo prazo para compreender a linguagem discursiva, ao passo que, em caso de demência, a falta de atuação da

memória episódica impossibilita a compreensão textual que sobrecarrega uma memória de curto prazo, menos afetada.

Um estudo sobre as habilidades cognitivas em indivíduos com idades maiores de 80 anos observou que, ao longo de três anos, os idosos demonstraram um declínio de intensidade leve, não sendo suficiente para gerar mudanças significativas no seu padrão cognitivo. O maior número de atividades de lazer e mais anos de escolaridade foram fatores preditivos de menores decréscimos (ARGIMON; STEIN, 2005). Num estudo mais recente, longitudinal, com acompanhamento de três anos, uma amostra com média etária mais jovem, 68,1 anos, apresentou declínio cognitivo discreto mas significativo (PEREIRA et al.; 2010). Esse achado pode reforçar a teoria de Gamburgo e Monteiro (2007), para quem as perdas cognitivas sofrem influência da socialização e não sendo somente decorrentes das alterações biológicas.

Pereira et al. (2010) encontraram associação significativa entre queda de funcionalidade e nível cognitivo deduzindo que o declínio na cognição pode contribuir para a deterioração da funcionalidade. Isso remete à questão da autonomia. As alterações cognitivas podem interferir na autonomia, daí surgindo a dependência de outras pessoas. O medo relatado pela pessoa que cursa com esquecimentos relaciona-se ao temor de não ser mais capaz de compreender o que é dito, de não se lembrar de coisas importantes, de não poder dialogar com outras pessoas, de não ser capaz de cuidar de si e, até mesmo de se tornar uma pessoa com demência (PINTO, 1999).

Em estudo realizado por Oliveira et al. (2006), temos que um número significativo dos idosos institucionalizados não soube afirmar a própria idade, o que pode ser explicado por três situações: primeiramente, ao fato do avançado no tempo de asilamento que pode ter levado ao esquecimento no tempo; segundo, em razão de demência e, em terceiro, perda do sentido de saber a data de seu nascimento, o que retoma a questão do grande espectro de fatores a serem investigados no processo de diagnóstico da demência. E, mesmo diante da necessidade de intervenções em detrimento das perdas cognitivas, sabendo de sua influência na autonomia e funcionalidade entre outros, e da importância de uma história de escolaridade para uma menor incidência, o estímulo à alfabetização de idosos se apresenta insuficiente.

A Constituinte de 1946, que tornou obrigatório o ensino primário e gratuito nas escolas públicas, e o aumento, em 1970, do número de escolas e faculdades no país, favoreceram a melhoria das condições educacionais. Entretanto, em 2007, 32,2% dos idosos não tinham instrução ou tinham menos de um ano de estudo, e a região Sul apresentava o menor percentual de idosos com baixa instrução, 21,5% e o Nordeste, o maior, 52,2% (IBGE, 2008). Se as alterações cognitivas normais decorrentes do envelhecimento podem dificultar, mas não impedem a capacidade de aprender, poderia ser favorável à manutenção de boas condições cognitivas desenvolver atividades voltadas a essa necessidade para os idosos?

Estudos recentes demonstram que atividades neste âmbito possibilitariam ganhos no nível cognitivo. O estudo de Oliveira (2006), na tarefa complexa de manuseio da internet por idosos, permitiu entender que a presença de declínio cognitivo, depressão e características como escolaridade, idade, uso de medicamentos e saúde não se relacionaram ao desempenho quanto à aprendizagem das habilidades em informática, o que o permitiu inferir que neste nível de aprendizagem não existiriam impedimentos nem cognitivos, nem de escolaridade para que os idosos aprendessem a lidar com essa TIC.

Além desta, são muitas as atividades propostas para melhorar ou manter a cognição o mais funcional possível. Uma das intervenções bastante referenciada atualmente é a prática de atividades físicas, pois o déficit cognitivo não parece afetar diretamente a mobilidade dos indivíduos em alguns estudos. Oliveira, Goretti e Pereira (2006) investigaram a relação entre cognição, mobilidade e o desempenho nas atividades de vida diárias e concluíram que as alterações cognitivas não tiveram associação com o desempenho dos idosos nos testes de mobilidade e de AVDs utilizados.

Para estes casos, algumas pesquisas mostram que o exercício físico pode tanto aumentar o nível cognitivo como melhorar o estado emocional, agindo conjuntamente nestes dois problemas tão comuns nessa população. Tavares (2007), em estudo sobre os efeitos da aplicação de atividades físicas e cognitivas, mostrou que as atividades cognitivas produziam maiores efeitos positivos na capacidade cognitiva, enquanto que programas de atividades físicas reduziam a intensidade dos sintomas depressivos. Abreu, Forlenza e Barros (2005) referem até mesmo a necessidade de avaliações

cognitivo-executivas, pois se entende a cognição como força de eleição e discriminação para ações executivas dirigidas e voluntárias. A explicação para o mecanismo de produção dos benefícios mentais gerados pelo exercício parece estar associada à plasticidade sináptica (GONÇALVES; TOMAZ; SANGOI, 2006). Isso parece mostrar que seu benefício vai além do ganho visível de força muscular e condicionamento.

As funções psíquicas são fundamentais para a produção de respostas comportamentais adequadas aos diferentes contextos e se encontram prejudicadas nos quadros de demência (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005). Nesse contexto, a participação e cuidado da família se relacionam à boa QV e bem-estar dos idosos, além de outros fatores, como a alimentação equilibrada e saudável, o lazer e a cultura, que facilitam a inclusão social e melhoram a concentração (OLIVEIRA et al., 2006).

Ao longo do texto ficam expressas algumas ideias centrais: i) a reabilitação é um processo complexo na busca de condições de melhor QV e que, dada a complexidade desta última, exige ação multidisciplinar e de forma interdisciplinar; ii) poderia ser promovido um olhar também de capacitação, ou mais claramente, de educação para uma velhice saudável antes da instalação de incapacidades, e no momento são propostas diversas estratégias com bons resultados na literatura; iii) na participação ativa dos idosos na busca do seu cuidado é preciso entender algumas condições fisiológicas e patológicas que podem interferir na sua capacidade de julgamento, dentre elas, ficam destacadas no texto as alterações cognitivas e a depressão e os vários fatores intrincados no estabelecimento destas. Assim, se pode começar a estabelecer relações entre o envelhecimento e a busca de QV e as alterações biológicas que podem modificar a relação do sujeito idoso com a realidade, afetando sua interpretação do mundo, a participação na comunidade e seu autoconceito de posicionamento na sociedade.

2.3. ESPAÇO DE SOCIALIZAÇÃO, TECNOLOGIA E PROCESSO DE INTERAÇÃO

No primeiro momento problematizamos a busca de QV na velhice no interior de GTI e ILPI de acordo com as diferentes necessidades de cada sujeito, pois se trata de uma população bastante heterogênea no que se refere às condições de saúde, sociais e culturais. Então, foram abordados alguns fatores, se não determinantes, no mínimo de grande influência nas condições de vida do idoso, a depressão, a cognição e a QV,

alertando para a necessidade de um cuidado em saúde o mais integrador possível entre os profissionais da saúde, o idoso e a família, entendendo que diante das alterações que ocorrem na velhice, uma única especialidade clínica poderia não dar conta desse contexto. Partindo dessas reflexões, este tópico procura abordar o que há no entorno do instrumento mediador da interação dialógica proposta na pesquisa, o que seria a interação dialógica, quais os espaços de socialização e qual a importância destes para as pessoas, como as TIC modificam esses espaços, e enfim, a história do rádio no Brasil e a sua relação com o idoso.

Têm sido apresentadas estratégias para melhores condições de vida do idosos para cada um dos diferentes contextos em que estão inseridos, desde em relação ao cuidado do idoso em situação de independência física, até o dependente e residente em ILPI. Os idosos têm buscado espaços para a sua socialização e as TIC podem contribuir nesse processo. No entanto, segundo Both (1999), é preciso considerar que, embora a ciência e a tecnologia possam permitir ao homem o controle sobre diversas doenças e o entendimento das condutas que facilitam a longevidade, não se pode tomar como verdadeira a premissa de que tais conquistas estejam acessíveis a todas as pessoas.

Parece ser adequado adaptar os instrumentos de ação, sejam desde as práticas educativas em saúde, até a escolha das TIC mais condizentes com diversas realidades sociais e culturais. Segundo Freire (1996, p. 137), “[...] as condições materiais em que e sob que vivem os educandos lhes condicionam a compreensão do próprio mundo, sua capacidade de aprender, de responder aos desafios”. Por sua vez, Habermas (2002, p. 45-46) sugere que “os sujeitos capazes de linguagem e ação podem se orientar apenas desde o horizonte de seus mundos da vida respectivos para os mundos interiores”. Essas considerações indicam que a realidade de cada humano tem como delimitações a sua objetividade, suas experiências de vida, sua subjetividade ou a forma como ele interpretará os fatos e o sistema político e cultural do ambiente em que se vive. Dessa forma parece ser adequado buscar conhecer a realidade cotidiana antes de se propor uma intervenção política, educacional ou em saúde na vida de uma pessoa.

Acreditamos que as TIC tenham a possibilidade de favorecer a interação social promovendo diversos benefícios às pessoas. Os idosos de hoje nasceram até a década de 1950, e no desenvolvimento das TIC foram muitas as mudanças tecnológicas acompanhadas pelos mesmos, que possivelmente vivenciaram um aporte tecnológico

menor em comparação aos dias de hoje, diferentemente dos jovens, que, nascidos numa época digital, podem estabelecer uma intimidade com as TIC mais facilmente (PEREIRA; NEVES, 2011). Por isso, há necessidade de conhecer os significados atribuídos pelos idosos às diferentes TIC, para evitar que as facilidades que elas possam oferecer sejam ignoradas pelo idoso pelo desconhecimento, ou temor, em acessá-las (PASQUALOTTI et al., 2009).

Mesmo sem um vasto conhecimento a respeito das TIC, os idosos têm reconhecido na comunicação um importante contribuinte para sua saúde. Segundo Both, Pasqualotti e Portella (2008), a comunicação parece associar-se com problemas de âmbito afetivo, como a depressão. Em seu estudo, os idosos entrevistados relataram que a doença age como que um impedimento comunicativo, que, se não provocasse essa barreira para a comunicação, provavelmente a depressão poderia ser superada, mesmo convivendo com multimorbidades. Estes buscam por meio do apoio comunicativo, em várias formas de relação, melhorar sua condição afetiva minimizada. E os autores acreditam que as iniciativas de inserção social constituem uma importante forma de superação dos sintomas depressivos. Freire argumentou que a interação dialógica é algo natural ao ser humano, diante de uma necessidade de constante construção existencial

A razão ética da abertura como experiência fundante do ser inacabado que terminou por se saber inacabado e não se abrir ao mundo e aos outros à procura de explicação, de respostas a múltiplas perguntas. O fechamento ao mundo e aos outros se torna transgressão ao impulso natural da incompletude. O sujeito que se abre ao mundo e aos outros inaugura com seu gesto a relação dialógica em que se confirma como inquietação e curiosidade, como inconclusão em permanente movimento na História (1996, p.136).

Essa ideia tem sido tema de pesquisas atuais. Segundo Barros (2006), os trabalhos sobre a velhice, referentes às sociabilidades e gerações, entre os pesquisadores brasileiros, têm se direcionado para as áreas urbanas, discutindo questões relacionadas à sociedade atual e trazendo como característica de seus trabalhos a “ideia básica da sociabilidade como um processo contínuo de constituição de identidades sociais e de distinções sociais” (2006, p. 119). Para a autora, as pesquisas relatam diversos espaços de socialização, a casa, o trabalho, os espaços públicos e o lazer constituindo “campos sociais para as construções de identidade de grupos e de gerações e para as elaborações de formas distintas de envelhecer segundo o gênero, os estilos de vida e as situações de classe” (2006, p. 119).

Mesmo existindo práticas diferenciadas de gênero e classe dentro dessa faixa etária, segundo Motta (1999), o que une esses idosos é a condição social comum de vivência da geração e a reação ao desprivilegiamento social entre outras. Enquanto que as novas propostas sociais advindas com o movimento dos aposentados e os programas para a terceira idade contribuem para uma visão e dinamismo maior dos atuais idosos e por uma imagem social nova e mais positiva, tem ocorrido, muitas vezes, que nem as famílias têm conhecimento sobre como agir com a pessoa que envelhece e, nem os idosos sabem o que fazer sobre si próprios (BOTH, 1999). Este autor sugere que as relações entre as gerações, as interações biopsicossociais e a linguagem possam ser constituidoras da vida humana em todo o seu curso, fundamentais para promover o desenvolvimento humano.

Segundo Both (1999, p. 10), o sujeito singular tem seu desenvolvimento produzido pelas condições culturais e sociais e por suas próprias decisões no curso da vida, compreendendo os acontecimentos desde a infância até a velhice. E, embora as condutas adotadas possam aumentar a quantidade de possibilidades do desenvolvimento futuro, as disposições mentais e as oportunidades culturais e sociais são incisivas. Diz o autor que “o desenvolvimento intrapessoal pode ser analogicamente entendido como um fio contínuo cuja consistência depende de todas as partes que o compõem”, sendo muito difícil que o sujeito venha a romper a linguagem cultural e social, pois isso exigiria a formulação de um discurso revolucionário.

Berlo (2003, p.154-155) afirma que a organização social pode limitar a faixa de receptores de cada indivíduo ao restringir o número de sujeitos com quem o mesmo compartilhará mensagens e que espécies de conteúdo de mensagens serão transmitidos a quem e por quem. O autor ratifica que “primeiro, os sistemas sociais produzem-se por meio da comunicação [...] Uma vez criado um sistema social, ele determina a comunicação de seus membros”. Assim, a comunicação parece ter poder de persuadir o sistema social da mesma forma que o sistema social influencia a comunicação.

Dentro do sistema social, os espaços de socialização constituídos pela família e pela escola podem contribuir ao construir hábitos e habilidades, em seus espaços, como recursos para qualificar a vida das pessoas, para serem capazes de ter uma amplitude maior de opções para a autorealização na vida. Both acrescenta a importância dos

espaços de socialização para melhores condições de desenvolvimento na velhice e a necessidade de intervenções em diversas instituições sociais. O autor afirma que

O desenvolvimento interpessoal compreende a liberdade de diferentes gerações, num mesmo espaço social, qualificarem suas relações de poder e nele realizarem autonomia e trocas estimulantes para a realização das funções mentais e, conseqüentemente, da realização de papéis interessantes e reconhecidos por todos. [...] A extensão da vida traz novas responsabilidades sociais, culturais e educacionais que exigem novas relações de poder, mudanças sobre o entendimento da condição humana diante do envelhecimento das populações e, principalmente, construção de oportunidades institucionais. As escolas, as empresas, os poderes Legislativo e Executivo já não podem silenciar diante da longevidade. Os currículos, a aposentadoria, as leis referentes à habitação e à habitabilidade, os programas de saúde, a oportunidade de educação permanente, o lazer comunitário não podem permanecer os mesmos uma vez que os clientes sociais apresentam novas demandas (1999, p. 13-15).

Leite et al. (2008) referem que no meio social a população idosa se encontra inserida em vários espaços, na família, interagindo com vizinhos, integrando GTI, no ambiente de trabalho, restrito ao espaço do lar, em ILPI entre outros. Estes autores afirmam que o ser humano, por sua natureza, parece almejar estar inserido num determinado meio social, seja no ambiente doméstico, de trabalho, seja no grupo de amigos. Os sujeitos que convivem nesses espaços conjuntos são provedores de suporte social, onde buscam interagir, conhecer pessoas e se relacionar com elas, experimentando momentos de lazer, de trabalho e de convívio social.

Desses espaços, a instituição familiar e a comunidade compunham ambientes naturais de proteção e inclusão social (LEITE et al., 2008). Segundo Setton (2005), a escola e a família têm perdido parte do seu poder de formação dos sujeitos que passa a ser compartilhado com a cultura da massa, capaz de apresentar uma série variada de conselhos e estilos de vida. As TIC parecem provocar alterações nas formas de aprendizado, na adaptação e até na percepção do sujeito em relação ao mundo e a ele mesmo, sendo a mídia um importante agente socializador ou educador

Creio que, fundamentalmente, a importância encontra-se nos aspectos referentes à socialização, ou seja, nas maneiras de aprendizado formal e informal, na adaptação e na percepção que o indivíduo contemporâneo passa a ter sobre o mundo e sobre ele mesmo. O fenômeno da cultura de massa, responsável pela circulação de informações, favorecido pela fragilidade das instituições tradicionais de educação, constrói um ambiente favorável à difusão de valores e padrões de conduta diversificados e por vezes heterogêneos. Nesse contexto, aponta para uma nova arquitetura das relações sociais, em que as ações educativas não se realizam apenas nos espaços institucionais tradicionais. Ao contrário, essa nova configuração cultural alerta para outras modalidades educativas, circunstanciando a particularidade do processo de socialização na contemporaneidade. E é nesse quadro que a nova ordem cultural impõe um impacto ao processo de construção da identidade e da subjetividade do indivíduo nas formações sociais atuais (2005, p. 346-347).

Diante da extraordinária intensificação do povoamento, dos transportes e das comunicações nos últimos séculos, segundo Lévy (1998), a humanidade parece formar uma só sociedade, como em sua origem. Trata-se de um processo tão recente no nível antropológico, que revela uma inadequação de muitos dos conceitos, das formas culturais, das instituições políticas para dar conta desse acontecimento. O crescimento de modos de comunicação descentralizados e fora de alcance do controle do poder político, tais como o telefone, o fax, fotocopiadoras entre outros, reduziu a persuasão deste sobre a sociedade.

Lévy (1998) confere muita importância ao computador, em relação à outras TIC, por acreditar que ele poderia ser considerado como uma tecnologia intelectual, por ser capaz de aumentar e modificar capacidades cognitivas, como a memória, o raciocínio, a capacidade de representação mental e percepção. O computador, ao ser instrumento de troca, de produção e de armazenamento de informações, se constitui num aparelho de poder, ao passo que a televisão, por exemplo, seria um receptor passivo, uma extremidade de rede. O autor acredita que a maior conexão da humanidade pode não gerar diretamente maior igualdade entre as pessoas, mas haverá cada vez menos excluídos na utilização dessas tecnologias. E os governos, partidos políticos, as associações e as boas vontades podem e devem discutir e intervir na escolha dos tipos de utilização adotados das tecnologias, se passivo e unidirecional ou dialógico e interativo, e, ainda, se emancipador ou criador de novas dependências. Nesse sentido, Lévy esclarece os esquemas de funcionamento das principais TIC:

A imprensa, a edição, o rádio e a televisão funcionam segundo um esquema em estrela, ou “um para todos”. Um centro emissor envia mensagens na direção de receptores passivos e sobretudo isolados uns dos outros. Certo, o dispositivo de mídia cria comunidade, pois um grande número de pessoas recebe as mesmas mensagens e partilha, em consequência, certo contexto. Mas não há reciprocidade nem interação (ao menos no interior do dispositivo) e o contexto é imposto pelos centros emissores. O correio e o telefone desenham um esquema em rede, ponto a ponto, “um para um”, no qual, ao contrário da irradiação de mídia, as mensagens podem ser endereçadas com precisão e sobretudo trocadas, com reciprocidade. Mas, em oposição ao dispositivo estelar, o esquema em rede não cria comunidade, ou “público”, pois a partilha de um contexto em grande escala é, no caso, muito difícil (1998, p. 43-44).

E confere grande importância ao espaço de comunicação gerado com o computador:

O ciberespaço combina as vantagens dos dois sistemas anteriores. De fato, permite, ao mesmo tempo, a reciprocidade na comunicação e a partilha de um contexto. Trata-se de comunicação conforme um dispositivo “todos para todos” Todas as pessoas e grupos realmente desejosos de publicar um texto, uma música ou imagens no Word Wide Web podem fazê-lo, tornando as

informações disponíveis para um vasto público internacional. Cada um pode assim contribuir para a confecção do imenso hiperdocumento mundial. Aqui ainda, mas numa escala mais vasta do que nos fóruns de discussão, o processo de leitura-redação coletiva no Web assemelha-se à comunicação “de todos para todos” (1998, p. 44).

Muito mais que facilitar o armazenamento, a troca, a busca e o processamento das informações, as TIC, por meio da formação de redes, medeiam as relações interpessoais e configuram novos espaços de interação. Para Castro et al. (2008), a sociedade vivencia profundas mudanças culturais, mercadológicas e econômico-sociais em relação às novas TIC, transformações estas advindas de tecnologias descobertas e apropriadas desde as mais remotas épocas da humanidade, mas que apenas a partir das décadas finais do século XX se tornaram mais comuns e integradas ao cotidiano. Na velhice as TIC podem contribuir provendo senso de participação social, redução do isolamento, da alienação e do senso de desvinculação, desenvolvendo um contato com o ambiente e o sentimento de pertencimento e participação social (ELY; PASQUALOTTI, 2010).

No entanto, parece ser oportuno conceituar o que seria uma interação e um diálogo capaz de promover esses benefícios. Segundo Primo (2008), o diálogo é um processo bidirecional. Assim, a condução de enquetes em larga escala não significa um diálogo, pois o instantâneo registro e a quantificação de resultados não podem ser considerados como uma conversação interpessoal. Nem mesmo o uso do canal de retorno da TV aberta digital lhe retira seu caráter massivo. Para este autor nos estudos da interação no campo da comunicação há influência de diversos pensadores referenciais da sociologia, que buscaram superar visões ditas maniqueístas onde há oposição e separação entre emissão e recepção, tentando valorizar o que existe no interior da complexidade que se compõe a interação.

Atualmente a noção de interação tem aparecido frequentemente em associação ou sendo modificada pela comunicação, ou como uma maneira mais adequada de nomear o processo comunicativo (FRANÇA, 2008). Segundo este autor, a noção de interação exprime de melhor modo a ideia de ação na comunicação, pois confere destaque ao aspecto compartilhado da mesma, devido aos seus dois elementos polos, a fala de ação conjunta e reciprocamente referenciada, compreendendo no interior das palavras os sentidos que conformam a apreensão e a conotação que as pessoas conferem aos fatos do mundo. Berlo acredita que a interação seja o ideal da comunicação,

objetivo da comunicação humana: “Se dois indivíduos tiram inferências sobre os próprios papéis e assumem o papel um do outro ao mesmo tempo, e seu comportamento de comunicação depende da adoção recíproca de papéis, então eles estão em comunicação por interagirem um com o outro” (2003, p. 135).

Foi com base nesses conceitos que tentamos promover num espaço mediado por uma rádio-poste um diálogo bidirecional e interativo, onde a possibilidade de conhecer as histórias de vida dos locutores levasse-os a se compreenderem como portadores de percepções de mundo diferentes e fosse possibilitado construir conhecimentos, trocar ideias e experiências. As TIC, pelas características intrínsecas já bastante esclarecidas na literatura, parecem facilitar esse processo. As TIC podem agir como instrumentos mediadores e facilitadores do processo de interação, tanto individual como coletiva, proporcionando o estabelecimento de uma rede de relações (ELY; PASQUALOTTI, 2010). Além disso, essas tecnologias podem estimular a memória, percepção e atenção, evitando sua estagnação e regressão (ULBRICHT; CASSOL, 2005), intensificam a aprendizagem, aumentando a autoestima e autorealização dos sujeitos em envelhecimento (SILVEIRA et al., 2010) e o convívio diário com valores emergentes e alterações tecnológicas permitem ao idoso indagar, obter respostas e se posicionar no meio no qual está inserido (OLIVEIRA et al., 2006).

Alguns estudos têm mostrado os benefícios da inclusão digital para idosos (SILVEIRA et al., 2010), porém, em algumas realidades tais como no ambiente de ILPI, onde situações de depressão e déficits cognitivos se encontram com frequência maior que na comunidade, os idosos podem manifestar dificuldades no uso das Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTIC), sobretudo as de surgimento mais recente, como o computador, por exemplo. O estudo de Ely et al. (2009) constatou uma dificuldade dos idosos de ILPI em conceituar ferramentas tecnológicas mais modernas, bem como a frustração por não conhecer certas delas. Apesar disso, os mesmos percebiam as TIC como ferramentas importantes e úteis para o processo de interação interpessoal. Nesse ambiente os idosos pareciam ter maior intimidade com o rádio, a televisão e o livro.

Mendes (2011) esclarece que as NTIC são tecnologias constituídas por métodos de comunicação telemática que surgiram nas três últimas décadas do século XX, caracterizadas pela comunicação e o armazenamento de informações de modo

horizontal, pela virtualização da informação, mediada pela comunicação em rede, tanto por computadores ou outras TIC. Segundo este autor, as NTIC ainda cursam com barateamento e popularização, cobrindo diversas camadas sociais, independentemente de seu nível econômico.

Além do computador, Werthein (2003) afirma que alguns meios de comunicação de massa com grande disseminação podem ser considerados como NTIC, tais como o rádio, o cinema e a televisão. Além de populares, essas tecnologias continuam evoluindo para prestar informações à sociedade. Este autor acredita que tanto o rádio como a televisão têm se tornando cada vez mais interativos. Isso acontece, por exemplo, quando o ouvinte escuta um programa de uma emissora de rádio e simultaneamente pode falar ao rádio com o locutor ao vivo, enviar mensagens por e-mails que são lidas na programação, pois essas condutas geram uma dinâmica de ação e reação considerada inesgotável nas palavras do autor, ocorrendo em consequência uma atuação em tempo presente sobre a realidade.

As TIC, além de possibilitar novos espaços de socialização, ainda têm sido reconhecidas como instrumentos de educação, e educação em saúde, em virtude de sua característica envolvente e lúdica. No momento podemos falar que há uma multidisciplinaridade em torno da utilização das TIC como um meio estratégico de atuação em saúde. Podemos encontrar termos como telemedicina, teledermatologia, telenfermagem e teleodontologia. Segundo Soirefmann et al. (2008), a telemedicina é o uso de informação médica através das TIC para a saúde do paciente e educação dos profissionais da saúde, tanto com teleassistência como com tele-educação.

Pasqualotti, Barone e Doll (2007), considerando o uso das TIC num grupo de idosos atendidos por programas de saúde, obtiveram respostas em que os idosos afirmavam que as TIC seriam equipamentos transformadores do convívio interpessoal e que a possibilidade de contato com alguns equipamentos, tais como a televisão, o telefone e o computador, proporcionou-lhes uma mudança emocional, emergindo sentimento de alegria, surpresa, curiosidade e expectativa. Outras esferas de poder também valorizam a comunicação na QV. Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a política de envelhecimento ativo e a estratégia “amigos da pessoa idosa”, que preconiza entre seus três eixos um eixo específico, informação, educação e comunicação (LOUVISON, 2009).

O Conselho Nacional de Saúde na 11ª Conferência Nacional de Saúde afirmou que os processos de descentralização, democratização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde demandam ações que exigem a participação ativa de sujeitos integrantes de vários segmentos sociais. Porém, têm sido encontrados obstáculos e, entre eles, está a carência de uma linguagem acessível e dirigida aos diferentes públicos. A informação parece ser base para a saúde e apresenta dentro das políticas de informação, educação e comunicação a importância de se considerar a legalização das rádios comunitárias entre outros meios de informação e comunicação, da implementação de mudanças culturais e ações que superem as resistências ao uso das TIC na gestão da saúde, a promoção da participação democrática da população na utilização das TIC, promoção de um processo permanente de educação em saúde por meio do rádio (AM – amplitude modulada, FM – frequência modulada e rádios comunitárias) e, ainda, o reconhecimento das rádios comunitárias como instrumentos públicos de comunicação e divulgação dos interesses da sociedade, do Sistema Único de Saúde e da Saúde em geral (CNS, 2003).

O rádio é usado há bastante tempo no Brasil e constitui uma das TIC mais usadas pela população. Uma pesquisa realizada pelo Centro de Estudos sobre as TIC nos meses de setembro a novembro de 2010 em 23 107 domicílios urbanos e rurais, das cinco regiões do país revelou que nas cidades urbanas 99% dos domicílios estudados havia televisão, em 87% telefone celular, em 86% o rádio, e em 43% havia telefone fixo. Em relação aos municípios rurais, 96% possuem televisão, 86% rádio, 68% telefone celular, 12% telefone fixo e 11% computador de mesa. Nota-se pelos resultados que a população rural tem menor acesso às TIC em comparação à urbana. Além disso, ao observar os valores da pesquisa por regiões, a região Sul é a que apresenta maior percentual de equipamento de rádio no domicílio, 91% (CETIC.BR, 2010).

Diante desse contexto, sabe-se que a função educativa do rádio é tão velha quanto o seu papel informativo, podendo citar como exemplos emissoras como a BBC de Londres, Rai Italiana e a Rádio Canadá, que desenvolveram e têm desenvolvido programação com essa finalidade, e, no Brasil, a Rádio Sociedade do Rio de Janeiro, fundada em 1923, que inaugurava uma série de cursos, aulas e conferências ministradas por pessoas de renome nos meios intelectual e educacional brasileiro (SOUZA; SOUZA, 2007).

O rádio surgiu na passagem do século XIX para o XX e até hoje é “venerado” como um dos meios de comunicação mais democráticos por suas características intrínsecas (SOUZA; SOUZA, 2007). Em 1961 teve destaque na educação no Brasil, especialmente por meio do Movimento de Educação de Base, pelo projeto pedagógico de Paulo Freire, tratando-se de um programa de alfabetização de adultos de âmbito nacional e centrado no sistema de escolas radiofônicas na região Nordeste, apoiado pelas emissoras de rádio da Igreja e governo federal, que chegaram a 80 mil em todo o país na década de 1970 (COGO, 1998).

O rádio transformado em empresa e a intervenção do Estado levaram este veículo a ganhar maior caráter de lazer, menos erudito, educativo ou cultural, com programações forçadas aos interesses comerciais e industriais, porque nem todos gostavam de programas educativos. O que se observa hoje é um equipamento adaptado aos novos tempos. Tanto o rádio como a televisão se integraram rapidamente ao computador, permitindo a possibilidade de se ouvir o rádio assistindo a televisão, e essa integração entre os veículos informativos. Fato que demonstra suas potencialidades de sintonia com a educação, no aspecto de que qualquer curso ou disciplina disponibilizada em ambiente virtual de aprendizagem na internet poderia fazer uso ou produzir, em uma estação de rádio local, conteúdos a serem compartilhados por alunos de várias partes do Brasil e do mundo (SOUZA; SOUZA, 2007).

Assim, optamos nesta pesquisa usar uma estrutura de rádio-poste, em razão da sua facilidade de obtenção, manutenção e histórico social. Uma rádio-poste é conhecida também como rádio de alto-falante, um pequeno sistema sonoro de “rádio popular ou comunitária” que transmite suas mensagens por meio de bocas de alto-falantes ou de caixas amplificadoras de sons. Há registros de sua utilização ainda em 1950, mas seu apogeu foi em 1980. Não havendo possibilidade de partilhar espectro magnético em FM ou em AM, foi sendo precedida por megafones, depois rádio livre comunitária em FM, rádio comunitária em FM e, ultimamente, existe a rádio virtual e a webrádio (PERUZZO, 2010).

As rádios sem antenas, ou alto-falantes, devido ao seu alcance, dependente da qualidade, potência e estado dos aparelhos, condições de sua instalação e características geográficas do lugar, têm ampla limitação da recepção das mensagens. Contudo, devido às características e simplicidade do equipamento, o sistema de alto-falantes (neste caso,

fizemos uso de caixas passivas de som) constitui um meio de comunicação de fácil manejo para pessoas não especializadas, tendo seu uso marcado por cobrir necessidades informativas e promocionais, educativas e recreativas, sendo instalada desde em locais comerciais, comunitários, religiosos, educativos, governamentais, além de sistemas móveis instalados em carros e mesmo bicicletas, carrinhos rodantes e veículos de tração animal (cavalos, burros). Além de ser referido comumente em atividades comunitárias, ao apoio de projetos institucionais em zonas marginalizadas e às demandas públicas, organizações não governamentais e governamentais que requeiram participação comunitária (URIBE, 1999).

Uma rádio comunitária objetiva democratizar a palavra que está concentrada numa minoria de pessoas para tornar a sociedade mais democrática. Quanto mais intensa for a comunicação, maior a interação e mais livres serão as pessoas (COGO, 1998). É frequente a descrição por parte do idoso acerca dos processos que envolvem a escuta do rádio nas décadas de 1950 e 1960, o carregar a bateria do aparelho, o ter que superar distâncias relativamente grandes, o rádio como um objeto de desejo e de difícil obtenção; e a demarcação do poder dentro da família, relacionado à escuta radiofônica. Dessa forma, o desenvolvimento da história de vida radiofônica de cada indivíduo tem o seu valor como história midiática, pois, vivenciada pelos ouvintes, está inscrita em suas memórias e esse relacionamento com a mídia radiofônica, o estabelecimento de relações com o rádio ouvido nas diferentes fases da vida e a lembrança de músicas, de programações do passado são meritórios de investigações mais aprofundadas (BIANCHI, 2007).

O que se pode observar nessa contextualização é que o rádio tem sua origem associada à educação, mas que veio ganhando um caráter mais de entretenimento e, hoje, encontra-se adaptado aos celulares, computadores, entre outros, recebendo atenção nas políticas públicas, mas, principalmente, ligado às memórias dos sujeitos idosos que conviveram com ele numa outra época e que acompanharam toda a sua evolução histórica. Já as TIC parecem ter inserção nos mais diversos espaços de socialização. Além disso, modificaram a forma como se dão as relações interpessoais, criando novos espaços de socialização e trazendo benefícios bastante positivos.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa integra uma quarta parte de um projeto “guarda-chuva” intitulado: Utilização de instrumentos tecnológicos na área da saúde: avaliação dos efeitos de intervenção e reabilitação em pessoas idosas, que inclui quatro segmentos distintos de intervenção e reabilitação utilizando instrumentos tecnológicos, tais como o Wii nintendo® e o computador, sendo que, destes, integra o rádio uma parcela desta pesquisa.

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa é um estudo longitudinal realizado na cidade de Passo Fundo – RS. Trata-se de pesquisa com natureza de dados qualitativa e quantitativa, que contempla variáveis descritivas e de associação.

3.2. POPULAÇÃO E PROCEDIMENTO AMOSTRAL

Participaram do estudo duas coortes de idosos, isto é, pessoas com idade de sessenta anos ou mais. A primeira formada por participantes de GTI, vinculados ao Centro Regional de Estudos e Atividades para a Terceira Idade (Creati) integraram a amostra da pesquisa no projeto piloto, enquanto a segunda foi composta de pessoas residentes em quatro ILPI do município de Passo Fundo. Para a definição das pessoas idosas residentes em ILPI, os critérios de inclusão foram ter capacidade verbal preservada para falar ao microfone e capacidade cognitiva suficiente para o entendimento dos questionamentos e a elaboração de respostas plausíveis aos conteúdos. Todos os idosos residentes nas ILPI foram abordados de forma particular e individual. Deficiências físicas, visuais e déficits parciais auditivos que ainda permitissem ouvir as falas com clareza e dialogar não eram considerados excludentes da participação. E foram escolhidos idosos nas ILPI, de forma não aleatória e por conveniência, enquanto que, para a seleção dos participantes dos GTI, a técnica de amostragem foi aleatória e sistemática, por ligações telefônicas. Estabeleu-se uma amostra máxima de 30 sujeitos, para respeitar os limites físicos da sala de aula utilizada e permitir a fala de todos dentro do período de duas horas de programação da rádio.

Para a escolha das ILPI participantes, foram selecionadas oito instituições da cidade de Passo Fundo que possuíam um controle sistemático do histórico de seus internos, tais como a organização dos documentos e histórico de rotinas de saúde, de admissão e alta dos idosos em pastas organizadas. Destas, apenas quatro se dispuseram a ajudar na pesquisa. Foram 161 idosos entrevistados em quatro ILPI, destes uma pequena parcela, em torno de vinte idosos, tinha condições de participar pelos critérios de inclusão mas não aceitou responder aos questionários, sete foram excluídos por não seguirem a frequência dos encontros, e um por ter idade inferior a 60 anos. Dessa forma, a amostra selecionada foi de 23 sujeitos das ILPI².

3.3. ANÁLISE DOS DADOS E VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Para analisar os efeitos pré e pós-processo de intervenção, foram realizadas estatística descritiva (média e desvio padrão) e analítica, fazendo os testes, não paramétrico de Mann-Whitney para a diferença de médias, Kolmogorov-Smirnov para testar se as funções de distribuição das variáveis escolaridade, idade e tempo de institucionalização eram normais, Qui-quadrado ou Exato de Fisher para comparar as frequências dos casos de depressão e de déficit cognitivo, que geraram tabelas de contingência, Alfa de Cronbach para verificar a consistência interna das escalas de QV utilizadas, Correlação linear de Spearman para medir o grau de associação entre as variáveis, escores dos domínios, das escalas de QV, todos com nível de significância de $p \leq 0,05$.

As falas dos sujeitos foram gravadas por meio de gravador digital ligado à mesa de mixagem e transcritas usando o aplicativo Express Scribe 5.13. Estas receberam análise de conteúdo temática, que, segundo Bardin (2002), remete à análise dos significados, tomando como suporte metodológico da abordagem qualitativa as orientações presentes nas publicações de Minayo (2004), Bardin (2002) e Gibbs e Flick (2009). Para dar maior confiabilidade aos resultados na estratégia de coleta dos dados, utilizamos a noção de triangulação sugerida por Minayo (2004) mediante uso de diário de campo, gravador e diferentes amostras dentro da mesma população. O que seria o uso concomitante de várias técnicas de abordagens e de várias modalidades de análise, destinados à verificação e validação da pesquisa.

² Os 23 sujeitos foram avaliados por todos os instrumentos, assim cada um dos resultados apresentados, foram calculados com base na totalidade dos sujeitos.

O pesquisador principal no campo de pesquisa foi observador e participante, uma estratégia de coleta em que o mesmo observava e participava do contexto de suas amostras, o que se denomina em Minayo (2004) de observação participante. Usando o método qualitativo de análise de conteúdo temático das falas, trabalhou-se com a categorização dos núcleos de significado das falas. A partir disso, foram elaboradas categorias gerais, antes da aplicação da pesquisa como sugerido por Minayo et al. (2004), e então, a partir da coleta de dados, os achados foram organizados, formando subcategorias, que, por sua vez, foram analisadas e interpretadas, com base na literatura pertinente ao tema.

3.4. QUESTÕES ÉTICAS

Por meio da aprovação do projeto maior sob nº de protocolo 195/2010 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Passo Fundo (UPF), desenvolvemos o estudo piloto desta pesquisa, num GTI de um CC da cidade de Passo Fundo. A partir desta experiência, foi elaborado um projeto de pesquisa individual adaptado às necessidades observadas no piloto, optando-se incluir idosos residentes em ILPI. Antes mesmo de enviar o projeto para o CEP, foram procuradas oito ILPI na cidade de Passo Fundo que estavam em conformidade com os aspectos legais exigidos para a manutenção de instituições dessa finalidade, um GTI e um CC. Quatro ILPI, o GTI e o CC aceitaram participar (Apêndice D) por meio de um termo de solicitação de autorização da pesquisa à instituição (Anexo G). Porém, devido a imprevistos, somente as ILPI participaram após o estudo piloto. Adotadas essas medidas, finalmente o projeto foi encaminhado ao CEP da UPF e recebeu aprovação mediante protocolo 449/2010 (Anexo H). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C).

3.5. INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS

As escalas utilizadas são validadas para aplicação em pesquisas. Foram aplicados três questionários de QV, Whoqol-old (Anexo A), Whoqol-bref (Anexo B) e Flanagan (Anexo C), para a suspeição de depressão, a EDG (Anexo D), para a avaliação do estado cognitivo, o MEEM (Anexo E). Por fim, para a coleta dos dados de natureza

qualitativa, utilizamos um questionário semiestruturado (Anexo F). Os instrumentos são descritos nos tópicos a seguir:

3.5.1. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E SEMIESTRUTURADO

Essa entrevista se fez em dois momentos, primeiramente por meio de um questionário semiestruturado³, com questões abertas e fechadas com questões que envolvem desde as características sociodemográficas até as atividades que os indivíduos realizam em seu tempo livre, o nível de satisfação quanto ao desenvolvimento das mesmas, a satisfação quanto ao relacionamento com os colegas e representatividade das TIC na vida pessoal. O segundo momento da entrevista se desenvolveu durante os encontros mediados pela rádio-poste, quando se abordou a realidade tecnológica na perspectiva das experiências e significados amplos dos sujeitos, tendo como nortes gerais nos debates promovidos na rádio, as “relações interpessoais”, “preferências tecnológicas”, “memórias ligadas ao rádio”, “alterações ligadas ao envelhecimento relacionadas à comunicação”, “significado da experiência vivenciada com a rádio-poste” e “percepção subjetiva da qualidade de vida” buscando relacionar com as TIC.

3.5.2. ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-OLD

Foi desenvolvido pela OMS especificamente para a população idosa. Escrito pelo professor Mick Power e pela Dra. Silke Schmidt em nome do WHOQOL-OLD Group e traduzido e adaptado para o português pela supervisão do Dr. Eduardo Chachamovich e Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. Está estruturado em 24 itens atribuídos a seis facetas: “Funcionamento do Sensório”, “Autonomia”, “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”, “Participação Social”, “Morte e Morrer” e “Intimidade”, observando-se o funcionamento sensorial, a independência na tomada de decisões, conquistas pessoais e anseios, participação em atividades na comunidade, preocupações acerca da morte e a capacidade de ter relações pessoais e íntimas. Cada uma das facetas possui quatro itens; portanto, para todas as facetas o escore dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20, pois para cada um dos itens o pesquisado pode atribuir uma nota de 1 a 5. Os escores dessas seis podem ser combinados para produzir um escore geral

³ O questionário foi desenvolvido por Pasqualotti, Barone e Doll em 2008 em tese de doutorado, e obtemos autorização para sua utilização.

(global) para a QV em adultos idosos, trabalhando com o Escore Bruto da Faceta (EBF), que seria a soma dos pontos de cada uma, ou com o Escore Padronizado da Faceta (EPF), que seria a pontuação média de cada faceta, dividindo o EBF por quatro, ou, ainda, com o Escore Transformado da Faceta (ETF), em que os resultados são dados em porcentagens, de zero a cem, fazendo o seguinte cálculo: $[6,25*(EBF/6-4)]$. (POWER; SCHMIDT, [s. d.]).

Cada um dos domínios deve ser interpretado da seguinte forma: a) *Funcionamento do Sensório*: avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida; b) *Autonomia* : refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões; c) *Atividades passadas, presentes e futuras*: descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia; d) *Participação social*: delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade; e) *Morte e morrer*: relaciona-se a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e o morrer; f) *Intimidade*: avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas (POWER; SCHMIDT, [s. d.]).

3.5.3. ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-BREF

Foi desenvolvida a partir da Whoqol-100 e validada para o português por Fleck et al. (2000). Consta de 26 questões, duas gerais sobre qualidade de vida, e 24 outras que representam as 24 facetas ou domínios do instrumento Whoqol-100. Cada faceta é avaliada por apenas uma questão, sendo o Whoqol-bref composto por quatro domínios: “físico”, “psicológico”, “relações sociais” e “meio ambiente” (FLECK et al., 2000). Quanto à apresentação dos resultados, o próprio manual desse questionário sugere o uso do aplicativo SPSS, ou de forma manual convertendo os valores encontrados por escores transformados, trabalhando com valores de 4 a 20 comparando com o Whoqol-100, ou zero a cem, bastando substituir a soma dos pontos de cada domínio separadamente pelos valores dados pelo instrumento numa tabela (Figura 1) (WHO, 1996).

| Domain 1 | | | Domain 2 | | | Domain 3 | | | Domain 4 | | |
|-----------|--------------------|-------|-----------|--------------------|-------|-----------|--------------------|-------|-----------|--------------------|-------|
| Raw Score | Transformed scores | | Raw Score | Transformed scores | | Raw Score | Transformed scores | | Raw Score | Transformed scores | |
| | 4-20 | 0-100 | | 4-20 | 0-100 | | 4-20 | 0-100 | | 4-20 | 0-100 |
| 7 | 4 | 0 | 6 | 4 | 0 | 3 | 4 | 0 | 8 | 4 | 0 |
| 8 | 5 | 6 | 7 | 5 | 6 | 4 | 5 | 6 | 9 | 5 | 6 |
| 9 | 5 | 6 | 8 | 5 | 6 | 5 | 7 | 19 | 10 | 5 | 6 |
| 10 | 6 | 13 | 9 | 6 | 13 | 6 | 8 | 25 | 11 | 6 | 13 |
| 11 | 6 | 13 | 10 | 7 | 19 | 7 | 9 | 31 | 12 | 6 | 13 |
| 12 | 7 | 19 | 11 | 7 | 19 | 8 | 11 | 44 | 13 | 7 | 19 |
| 13 | 7 | 19 | 12 | 8 | 25 | 9 | 12 | 50 | 14 | 7 | 19 |
| 14 | 8 | 25 | 13 | 9 | 31 | 10 | 13 | 56 | 15 | 8 | 25 |
| 15 | 9 | 31 | 14 | 9 | 31 | 11 | 15 | 69 | 16 | 8 | 25 |
| 16 | 9 | 31 | 15 | 10 | 38 | 12 | 16 | 75 | 17 | 9 | 31 |
| 17 | 10 | 38 | 16 | 11 | 44 | 13 | 17 | 81 | 18 | 9 | 31 |
| 18 | 10 | 38 | 17 | 11 | 44 | 14 | 19 | 94 | 19 | 10 | 38 |
| 19 | 11 | 44 | 18 | 12 | 50 | 15 | 20 | 100 | 20 | 10 | 38 |
| 20 | 11 | 44 | 19 | 13 | 56 | | | | 21 | 11 | 44 |
| 21 | 12 | 50 | 20 | 13 | 56 | | | | 22 | 11 | 44 |
| 22 | 13 | 56 | 21 | 14 | 63 | | | | 23 | 12 | 50 |
| 23 | 13 | 56 | 22 | 15 | 69 | | | | 24 | 12 | 50 |
| 24 | 14 | 63 | 23 | 15 | 69 | | | | 25 | 13 | 56 |
| 25 | 14 | 63 | 24 | 16 | 75 | | | | 26 | 13 | 56 |
| 26 | 15 | 69 | 25 | 17 | 81 | | | | 27 | 14 | 63 |
| 27 | 15 | 69 | 26 | 17 | 81 | | | | 28 | 14 | 63 |
| 28 | 16 | 75 | 27 | 18 | 88 | | | | 29 | 15 | 69 |
| 29 | 17 | 81 | 28 | 19 | 94 | | | | 30 | 15 | 69 |
| 30 | 17 | 81 | 29 | 19 | 94 | | | | 31 | 16 | 75 |
| 31 | 18 | 88 | 30 | 20 | 100 | | | | 32 | 16 | 75 |
| 32 | 18 | 88 | | | | | | | 33 | 17 | 81 |
| 33 | 19 | 94 | | | | | | | 34 | 17 | 81 |
| 34 | 19 | 94 | | | | | | | 35 | 18 | 88 |
| 35 | 20 | 100 | | | | | | | 36 | 18 | 88 |
| | | | | | | | | | 37 | 19 | 94 |
| | | | | | | | | | 38 | 19 | 94 |
| | | | | | | | | | 39 | 20 | 100 |
| | | | | | | | | | 40 | 20 | 100 |

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Whoqol-bref: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version.* Geneva, 1996. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2012.

Figura 1 - Método para conversão dos escores da escala de qualidade de vida do instrumento Whoqol-bref.

Cada um dos domínios deve ser interpretado da seguinte forma: a) *Físico*: engloba as seguintes questões, dor, desconforto, energia, fadiga, qualidade do sono, da locomoção, da dependência de tratamentos médicos e da capacidade para realizar tarefas diárias e do trabalho; b) *Psicológico*: refere-se aos seguintes temas, otimismo, segurança, concentração, sentido atribuído à vida, aceitação da aparência física, satisfação pessoal e frequência de sentimentos negativos; c) *Relações sociais*: aborda as relações pessoais com amigos, parentes, conhecidos, colegas, a satisfação frente à vida sexual e ao apoio dos amigos; d) *Meio ambiente*: abrange a segurança pessoal frente a vida diária, a qualidade do ambiente físico e com o local em que mora, a satisfação com o acesso às informações necessárias, aos serviços de saúde, às oportunidades de lazer, aos meios de transporte, e, com os recursos financeiros (WHO, 1996).

3.5.4. ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA DE FLANAGAN

Criada pelo fisiologista americano John Flanagan em 1970 em seu modelo original de 15 itens, que medem cinco domínios da qualidade de vida: “bem-estar material e físico”; “relacionamentos com as outras pessoas”; “atividades social, comunitária e cívica”; “desenvolvimento pessoal e realização”; e “recreação” (BURCKHARDT; ANDERSON, 2003). Para avaliar o grau de satisfação dos indivíduos nesta escala, foi proposta uma escala do tipo Likert de sete pontos, 1, simbolizando muito insatisfeito, e 7, muito satisfeito, com escore total variando de 15 a 105 pontos. No Brasil, a versão traduzida tem sido usada apresentando fidedignidade (DANTAS; GÓIS; SILVA, 2005).

Os domínios são interpretados deste modo: a) *Bem-estar material e físico*: avalia o conforto material e a percepção da própria saúde; b) *Relacionamentos com as outras pessoas*: refere-se aos relacionamentos com os pais, amigos, parentes, com a satisfação do ter e criar filhos, com relacionamentos importantes, como com namorado, esposo ou pessoa relevante; c) *Atividades social, comunitária e cívica*: avalia a satisfação na participação em associações e atividades de interesse público e, ainda, ao ajudar e apoiar outras pessoas; d) *Desenvolvimento e realização pessoal*: abrange o autoconhecimento de potenciais e limitações, a satisfação com a capacidade de aprender, de trabalhar e de se expressar; e) *Recreação*: avalia a satisfação frente à participação em atividades de recreação, lazer e de socialização (BURCKHARDT; ANDERSON, 2003).

3.5.5. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Desenvolvida por Yesavage et al. (1983) e adaptada para a população brasileira por Almeida e Almeida (1999a, 1999b), consiste de 15 categorias (indagações) a respeito do que o idoso tem sentido na última semana, incluindo o dia da entrevista. As alternativas identificam situações de desamparo, inutilidade, desinteresse, aborrecimento, felicidade, entre outros. Quando o somatório for maior ou igual a cinco, indica suspeição de depressão. O idoso que obteve um escore de cinco pontos ou mais tem diagnóstico afirmativo de depressão; já aquele que obtiver um escore de até quatro pontos terá diagnóstico negativo de depressão.

3.5.6. MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

Instrumento adaptado por Folstein, Folstein e McHugh (1975). Para definir se um sujeito da amostra apresenta déficit cognitivo, o instrumento considera a escolaridade, faixa etária e escore obtido no MEEM: i) menos de quatro anos de ensino escolar: 1) entre 60 e 69 anos e escore de até 22 pontos; 2) entre 70 e 79 anos e escore de até 20 pontos; 3) mais de 79 anos e escore de até 18 pontos; ii) ensino fundamental e escore de até 22 pontos; iii) nível médio ou superior e escore de até 23 pontos. Este instrumento pode ser analisado mais detalhadamente nos domínios orientação, memória imediata, atenção e cálculo, evocação, linguagem, ou utilizando-se apenas o somatório geral da pontuação. Optamos por considerar todos os domínios, pois acreditamos que mesmo com um escore normal o indivíduo pode apresentar alguma alteração num dos domínios. Vale ressaltar que não foi objetivo da pesquisa diagnosticar casos de demência e depressão, pois o uso isolado de tais instrumentos não seria capaz de responder a tal problemática, contudo buscamos rastrear sinais de depressão e de deficiência cognitiva.

3.6. PROCEDIMENTO DE INTERVENÇÃO

Foram elaborados os roteiros de rádio a serem desenvolvidos de forma uniforme entre as instituições que foram abordadas por um período de cinco a seis semanas cada uma. Na primeira semana eram coletados os dados sociodemográficos (análise das pastas e complementação de dados via entrevista) e realizada a entrevista individual para o rastreamento das condições verbais, cognitivas e o interesse de participação na pesquisa, sendo aplicados os questionários de qualidade de vida (Whoqol-old, Whoqol-bref e Flanagan), cognição (MEEM) e de depressão (EDG-15). Estes últimos eram reaplicados na última semana.

Após as avaliações iniciais, ocorria a intervenção, que continha em seu interior, entrevistas semiestruturadas para a compreensão da realidade tecnológica de informação e comunicação na ILPI, as mudanças que os participantes perceberam nesse cenário com a rádio-poste, qual o significado atribuído às TIC e o que significou participar da intervenção proposta. Esse era o momento de aplicação prática dos roteiros (envolvendo atualização diária das notícias, horóscopo, previsão do tempo e mensagens, escolha de músicas, montagem de equipamentos, chamamento dos participantes no momento de

debates). Ao final de cada dia de trabalho, eram descritas informações importantes por meio de diário de campo. Ao término da pesquisa, as falas gravadas durante a programação foram transcritas, foi elaborada uma base de dados, juntando os valores obtidos por meio dos instrumentos de coleta de dados de cunho quantitativo e então feita a análise e interpretação dos mesmos.

A intervenção constituiu de oito encontros em cada instituição. Ocorreu duas vezes semanais, durando 2 horas cada um, em dias e horários que se adaptaram à rotina interna das instituições. O espaço de diálogo proposto foi desenvolvido por meio de uma oficina denominada “Educação gerontológica e qualidade de vida: comunicação, informação e tecnologias”, num total de 16 horas em cada instituição. Em cada um dos encontros, foi abordado um tópico do tema da oficina. A ideia era que por meio dos debates que ocorriam no “momento da voz” fosse construído um conhecimento e, ao mesmo tempo, que fosse valorizado o teor da fala individual dos idosos estimulando a tomada de posições.

A lógica de organização era de que do primeiro ao último dia os conhecimentos construídos caminhassem primeiramente na metacognição, passando para a comunicação interpessoal, a comunicação em diferentes contextos e então chegando aos meios de comunicação (comunicação das massas) e as memórias ligadas ao rádio. Era no interior das programações que se desenvolvia a entrevista semiestruturada voltada ao entendimento dos diversos significados associados à realidade tecnológica dos sujeitos. No primeiro dia, era realizada uma adaptação aos equipamentos e estimulado o pensamento sobre a importância do nome, da identificação das pessoas; no segundo dia se retomava o encontro anterior e eram refletidos os conceitos de “TIC”, “informação” e “comunicação”.

No terceiro dia, os participantes eram estimulados a visualizar os valores norteadores de suas vidas, a partir do conceito de QV. Partindo do “eu” através da discussão do nome e da QV; no quarto dia, eram discutidas as relações interpessoais. Os cuidados com a mesma e como estavam as relações dessas pessoas. No quinto dia, eram pensados o grupo dos idosos e as alterações biológicas do envelhecimento, as mudanças percebidas no corpo e nas relações com pessoas e TIC. No sexto dia, os debates giravam em torno das preferências tecnológicas em relação às TIC que fizeram parte da história de vida, quais as consideradas mais importantes e seus significados. No sétimo

encontro, os participantes relatavam o significado da experiência de diálogo por meio da rádio-poste, para, então, no oitavo encontro se retomar toda a caminhada e apresentar os conhecimentos e falas destacados ao longo da programação.

A rádio era instalada ao fundo de uma sala, sem risco de acidentes para os idosos, e os cabos de força ficavam fixados nas paredes (Figura 2). Os idosos mantinham-se posicionados em círculo, de forma que ficavam de frente uns para os outros (Figuras 3 e 4). Caixas de som eram posicionadas nas salas e corredores para que todos pudessem ouvir a programação, que era estruturada da seguinte forma: i) Apresentação: cada participante se apresentava e mandava recado para os colegas, deixando sua mensagem; ii) Previsão do tempo; iii) Santos do dia; iv) Frase do dia; v) Momento da voz: espaço de diálogo mediado por questões abertas e fechadas organizadas em tornos temas. Os idosos eram estimulados a dar suas contribuições e o ministrador da oficina também apresentava conceitos da literatura referente ao assunto para serem discutidos; vi) Horóscopo; vii) Notícias; viii) Radionovela; ix) Mensagem do dia.



Figura 2 - Equipamentos utilizados na edição da rádio-poste.



Figura 3 - Participantes interagindo durante a programação da rádio-poste na instituição de longa permanência para idosos.



Figura 4 - Participantes do grupo de terceira idade em atividade interativa dialógica durante a realização do projeto piloto.

As músicas solicitadas pelos participantes tocavam nos intervalos das falas e os debates duravam em torno de 40 minutos. De acordo com cada realidade, alguns sujeitos davam recados e mensagens durante a programação, de acordo com o seu desejo, respeitando aqueles que não queriam se expor da mesma maneira.

3.7. ESTUDO PILOTO

Em um estudo de cunho metodológico quanti-qualitativo, desenvolvemos uma oficina de educação continuada denominada “Comunicação e Qualidade de Vida”, atividade realizada em um grupo de terceira idade do Creati da UPF, promovendo um espaço de diálogo para a construção de conhecimento acerca de metacognição, comunicação interpessoal, interação social e TIC, por meio do intercâmbio de informações pessoais das participantes e dos ministradores da oficina, fazendo-se uso de uma estrutura de rádio-poste.

Por meio do diálogo mediado por uma rádio-poste, refletiu-se e se construiu um conhecimento sobre a comunicação interpessoal, a comunicação midiática do rádio, as TIC e sua relação com a QV, com a qualidade de comunicação e informação, bem como a junção destas interferiu ao longo da vida destes sujeitos. O tempo de duração da oficina foi de 8 horas, duas horas para cada um dos dias, ocorrendo nas terças e quintas-feiras de duas semanas respectivas. Na programação todos os participantes puderam falar ao microfone, na forma de debates em torno de cada um dos temas. O pesquisador principal retratava dadas realidades encontradas na literatura, e os sujeitos descreviam suas experiências frente a estas realidades, discutindo entre si o assunto, e caixas amplificadoras posicionadas no pátio da instituição transmitiam os diálogos às pessoas externas ao GTI. No apêndice A o leitor tem um exemplo de script aplicado num dos dias de programação.

Para a compreensão da realidade tecnológica de informação e comunicação e sociodemográfica, foi aplicado um questionário constituído de questões que envolveram desde as características sociodemográficas até as atividades que os indivíduos realizam em seu tempo livre, o nível de satisfação quanto ao desenvolvimento das mesmas, a satisfação quanto ao relacionamento com os colegas e representatividade das TIC na vida pessoal, por meio de entrevista que foi realizada por cinco avaliadores devidamente treinados, de forma individual e particular com cada idoso, anteriormente ao dia de

início da oficina, e respondidas, também, as escalas de qualidade de vida Whoqol-old, Whoqol-bref e Flanagan.

A análise dos dados qualitativos foi feita por meio de análise de conteúdo temático por categorização de acordo com o conceito de Minayo et al. (1994), enquanto os dados quantitativos foram organizados numa base de dados no programa Microsoft Office Excel 2007 para formulação de gráficos, tabelas e mensurações. Os participantes foram selecionados por técnica de amostragem sistemática. Por meio de uma lista recebida da instituição, foram feitas ligações telefônicas a cada quinto número da lista de 226 nomes (distribuídos aleatoriamente). Ao final, 28 sujeitos aceitaram participar da pesquisa, porém, nos dias determinados para a realização das avaliações, somente 16 compareceram e, devido à alguma falta num dos dias, somente 11 puderam ser incluídos na amostra.

A partir dos resultados gerados, optamos por manter os instrumentos já utilizados, acrescer instrumentos de cognição e depressão, pois alterações cognitivas e a depressão são comuns nessa faixa etária e principalmente no ambiente asilar, local de continuação da pesquisa. O tempo de intervenção foi ampliado para quatro semanas, pois não ocorreram mudanças significativas medidas pelos questionários e ficou decidido elaborar roteiros bem definidos para tornar a programação o mais similar possível a todos os ambientes.

4. RESULTADOS

Dividimos a apresentação dos resultados em três seções. Na primeira é apresentado o perfil da amostra, em seguida, os achados de natureza qualitativa obtidos por meios das entrevistas semiestruturadas, e, por fim, na terceira seção, são apresentados os dados de natureza quantitativa resultantes da aplicação dos instrumentos de QV, cognição e depressão.

4.1. PERFIL DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 23 idosos, 69,6% mulheres, com idade média de 78,1 anos (desvio padrão de 9,4 anos), 5,8 anos de estudo (desvio padrão de 4,7 anos), 56,5% viúvos, 91,3% aposentados e tempo de institucionalização médio de 36,6 meses (desvio padrão de 39,5 meses) (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos da amostra.

| Variáveis | Intervenção | n | % |
|------------------------------|---------------|----|------|
| Local | ILPI 1 | 3 | 13,0 |
| | ILPI 2 | 7 | 30,4 |
| | ILPI 3 | 8 | 34,8 |
| | ILPI 4 | 5 | 21,7 |
| Sexo | Masculino | 16 | 69,6 |
| | Feminino | 7 | 30,4 |
| Estado civil | Solteiro | 8 | 34,8 |
| | Divorciado | 1 | 4,3 |
| | Casado | 1 | 4,3 |
| | Viúvo | 13 | 56,5 |
| Situação laboral (Proventos) | Aposentadoria | 21 | 91,3 |
| | Pensão | 2 | 8,7 |

DP = Desvio padrão. N = Frequência absoluta. % = Frequência relativa.

A idade, a escolaridade e o tempo de institucionalização na ILPI apresentaram considerável variação, no entanto no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov apenas o tempo de institucionalização não teve uma distribuição normal apresentando diferença estatística significativa⁴.

4.2. CENÁRIO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO E MUDANÇAS PERCEBIDAS

Os dados de natureza qualitativa, obtidos por meio do questionário semiestruturado, foram organizados: primeiramente descrevemos quais as TIC que compõem o cenário tecnológico das ILPI e quais os significados atribuídos às mesmas, por meio das entrevistas individuais; após são apresentados atributos mais amplos em relação às TIC e à experiência vivenciada construídos por meio dos debates coletivos realizados durante os programas da rádio.

4.2.1. REALIDADE TECNOLÓGICA: SIGNIFICADOS E INCORPORAÇÃO NO LAZER

Por meio da entrevista semiestruturada, visualizamos quais os significados conferidos às TIC e o quanto elas estão inseridas no lazer dessas pessoas na ILPI. Observamos que as TIC que os idosos costumam acessar são em 91,3% televisão, 82,6% telefone, 78,3% rádio, 43,5% jornal impresso e 43,5% revistas ou livros. Quanto ao lazer, além de fazer uso das TIC citadas, eles costumam receber visitas em 95,7%, andar pelo pátio 87%, ir a igrejas ou participar de celebrações religiosas realizadas dentro da ILPI 69,6%, costurar, bordar, tricotar ou pintar 34,8%, jogar carta, dama ou dominó 34,8%, e praticar jardinagem 4,3%. Quanto aos significados que os participantes atribuem às TIC, 100% consideram-nas “uma distração”, 95,7% “uma possibilidade de conquista”, 95,7% “um meio que possibilita novas conquistas”, 95,7% “algo a aprender”, 87% “um instrumento a ser dominado”, 73,9% “um aventura”, 43,5% consideram-nas um “desafio”, 43,5% “algo diferente”, 26,1% “uma dificuldade”, 8,7% “algo que não desperta nenhum interesse”, e, 4,3% “algo que assusta”.

⁴ Os valores encontrados nesse teste foram $p = 0,200$ para a distribuição da idade, $p = 0,067$ para a escolaridade e $p = 0,000$ para o tempo de institucionalização, com $p \leq 0,05$.

4.2.2. SIGNIFICADOS E EXPERIÊNCIAS AMPLAS

Nos debates promovidos no “momento da voz”, espaço de tempo em que os idosos interagiam entre si, na rádio, um conhecimento foi construído, mas entendemos que não haveria espaço suficiente para discutir e apresentar todos esses achados nessa dissertação. Dos eixos norteadores dos debates (Figura 5), optamos por apresentar e discutir qual o cenário de comunicação e informação nas ILPI, as mudanças que os participantes perceberam nesse cenário com a rádio-poste e o que representou o participar da rádio.



Figura 5 - Eixos norteadores dos debates promovidos no “Momento da voz”.

a) O cenário de comunicação e informação

O cenário de comunicação e informação descrito pelos idosos das ILPI teve como pilares as TIC, as relações interpessoais, as dificuldades e as facilidades de comunicação e acesso à informação (Figura 6), estes foram considerados categorias específicas.

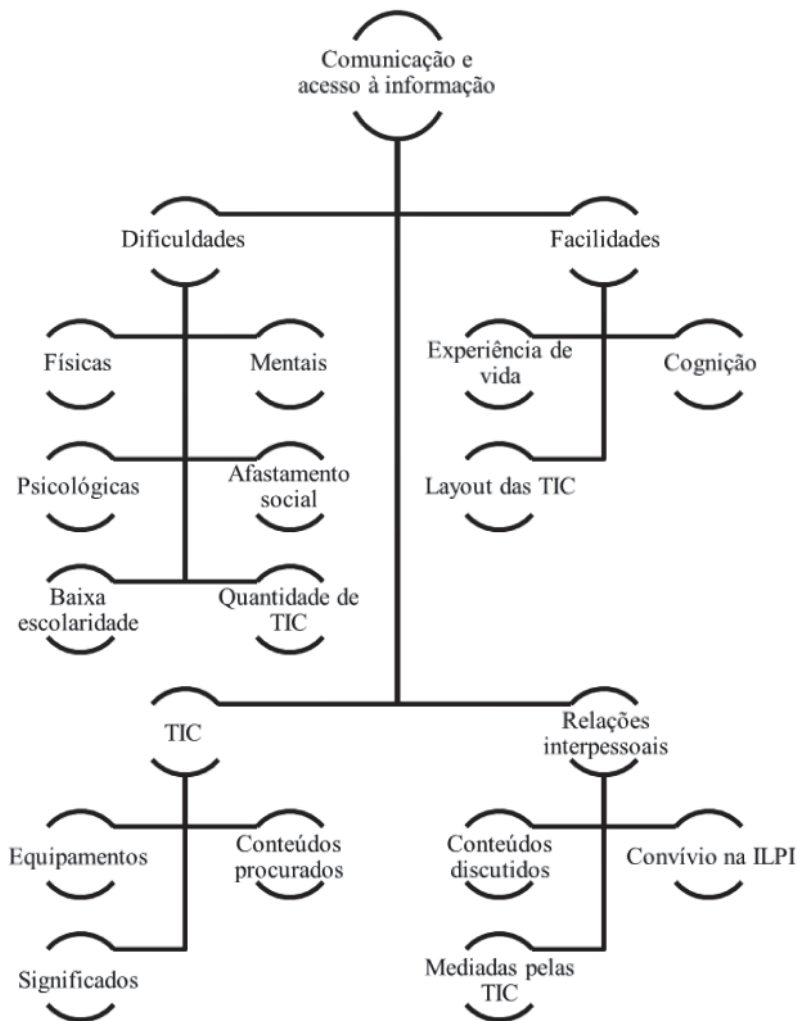


Figura 6 - Categorias advindas do estudo do cenário de comunicação e informação.

i. TIC

Nesta categoria, é descrita a relação das TIC com a comunicação e o acesso à informação. Agrupamos aqui as preferências tecnológicas desses idosos, os conteúdos procurados nessas tecnologias e quais os significados dados às mesmas. O primeiro desafio foi entender qual era o conceito de tecnologia, de informação e de comunicação, pois este era o tema chave dos debates. Alguns idosos não sabiam explicar com exatidão o que era uma tecnologia, mas, com base nos conhecimentos dos participantes, a palavra tecnologia, para os mesmos, pareceu envolver conhecimento aprimorado, técnica, melhorias e inovações guiadas pelas necessidades humanas e que atualmente diferem daquelas que figuraram a juventude dos idosos.

Eu acho que é uma técnica, uma inteligência avançada. Que o ser humano se liga no que tá acontecendo hoje. É uma ciência, uma sabedoria que as pessoas adquirem pra poder comunicar com essa parte aí. Mas a tecnologia sempre existiu né, atrasada ou avançada, porque, antigamente, por exemplo, na escrita... Eles escreviam com penas né, de aves né e, aquela também era uma técnica que eles inventaram né, na época, vale para a época. Depois, claro, foi evoluindo, isso foi muitos anos. Foi evoluindo devagarzinho, foi, foi. Agora hoje tá sendo muito avançada, eles tão avançando muito rápido né. Chegou uma época que avançaram muito rápido na tecnologia e envolve muita coisa, então adiantou muita coisa. Porque é aquela coisa né, isso aí tudo vem de Deus né, que dá a inteligência pro homem se defendê, então com a multidão que vai surgindo as coisas vão se apertando, então eles vão inventando essas técnicas, Deus dá ideias, pra eles inventá pra se defenderem, pra tocá o negócio pra frente... Fugiu né, fugiu da nossa época porque agora tem tudo, muita técnica que é muito variado, variou muito, ela progrediu bastante, então a gente não tá mais a par disso aí, nós fugimo da época, nós temo no tom velho ainda. Faz muito tempo que tem o rádio, a televisão, o jornal, isso aí faz muitos anos, então é as coisas que a gente mais usa, coisa que a gente tem mais conhecimento.

(Senhor de 78 anos)

A tecnologia de hoje é muito diferente, muito, muito melhor, jamais eu poderia imaginar quando eu era guri... que hoje nós já tava nos comunicando por intermédio da internet, parece uma mentira, que não é verdade. Não [tem dificuldade para mexer com as TIC], nenhuma, o telefone, tanto o rádio, tanto a televisão, para mim é a mesma coisa, a gente acompanha naturalmente.

(Senhor de 62 anos)

Eu acho que é um conhecimento aprimorado.

(Senhora de 90 anos)

Os termos “comunicar” e “informar” não foram representados com clareza, porém os participantes sugeriram que i) necessita mais de uma pessoa; ii) envolve gestos; iii) necessita confiança e respeito; iv) significa manifestar uma situação de saúde e estado emocional; v) mandar uma notícia; vi) “comunicação” como uma conversa enquanto “informação”, dar uma notícia.

[comunicar] É falar com as pessoas de um assunto qualquer. Informar é dar recado para as pessoas.

(Senhora de 91 anos)

As TIC mais usadas nas ILPI foram o telefone, a televisão, o rádio e os jornais impressos. O rádio foi intimamente associado com a juventude dos idosos, com facilidade de aquisição por seu baixo custo, especialmente para escutar notícias e músicas durante a realização de atividades que não permitem atenção visual para o aparelho, como nas atividades domésticas. A televisão foi considerada o instrumento que melhor permite visualizar as mudanças do mundo exterior e capaz de entreter pessoas de diversas idades. O telefone, por sua vez, foi considerado a tecnologia mais importante, por tornar rápida a comunicação com os familiares, gerando tranquilidade para os idosos e, embora sua história seja mais antiga que a do rádio, este último pareceu ser a primeira TIC na vida da maior parte dos idosos.

Há muitos anos eu gosto do rádio. Eu vi o rádio sim. Nos primeiros anos da nossa infância era só rádio né, não tinha outra coisa era só o rádio.

(Senhora de 83 anos)

O rádio a gente vai fazendo o serviço e vai escutando... passando roupa, lavando, o rádio pode ficar ligado, onde tu vai ele tá falando, que ele conversa com a gente. Eu canto, falando bobagem, conversando com o rádio.

(Senhora de 79 anos)

Eu acho que a televisão ajuda muito na hora de lazer e acompanhar as notícias também.

(Senhora de 73 anos)

O telefone principalmente. A gente paga a mensalidade dele. O telefone pra mim é o melhor. Para a família a televisão que dali todos aproveitam desde a criança até o adulto... O rádio acho que teve um prejuízo, porque quem tinha televisão tinha rádio, tava ali, com notícia e tudo, quem é que ia deixá de botá lá televisão pra botá o rádio, a não ser que não pudesse. Decaindo um pouco, um pouco bastante, sabe aquela pessoa que tem pouco recurso, o dinheiro é curto. Porque age como a televisão.

(Senhora de 87 anos)

Então todo mundo precisa do telefone, porque o que marca na vida da gente se tem o telefone ou não tem. O telefone ajuda bastante, na compra de um medicamento, um médico, uma coisa, tá sempre à disposição, coisa assim.

(Senhora de 78 anos)

O telefone em primeiro lugar [para dar notícias], primeiro lugar, mais simples, porque o velho, o velho telefone hoje tá tão modernizado, tem o celular, bom, dessa maneira que dou notícias minhas, que eu tô fazendo aqui, que eu tô gostando muito de Passo Fundo, aquela história toda ham... É o jornal, em primeiro lugar o jornal [para saber as notícias], a televisão e é isso aí, das notícias, e fica sabendo o que está acontecendo no mundo.

(Senhor de 62 anos)

Os conteúdos procurados nas TIC foram, preferencialmente, músicas, curiosidades, notícias, novelas, novenas⁵ e programas religiosos. Isso pode ser verificado nas falas a seguir:

Eu acho falta das notícias, eu sempre gosto de escutar rádio e televisão, saber das notícias.

(Senhora de 72 anos)

Assisti a santa missa e a novena né. A única coisa que eu posso fazê né.

(Senhora de 83 anos)

Eu quero que eles escutem a novela porque é muito bom escutá novela.

(Senhora de 88 anos)

Ultimamente é pela televisão, trazem todos os tipos de novidades. Acho bom, porque tem a facilidade de ter o aparelho, saber as notícias.

(Senhor de 96 anos)

Eu escuto noticiário e alguma música.

(Senhora de 78 anos)

⁵ Novena é um encontro para orações, realizado por um período de nove dias. Com origem na tradição católica, pode ser encontrado em outras tradições, sendo realizada como manifestação de devoção a algum santo ou beato. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Novena>>. Acesso em: 6 fev. 2012.

Os idosos responderam que as TIC os ligam ao mundo exterior, diminuindo as distâncias, tornando a vida mais rápida, inclusive melhorando a saúde tanto por promover bem-estar quanto por permitir a busca de ajuda para as necessidades de cuidado.

Sem comunicação é como andar na solidão, não ter o que fazer dá sono, fica doente... É muito bom, porque sem elas, as dificuldades é a mesma que andar no escuro.

(Senhora de 64 anos)

A gente vivia [sem as TIC] mas a gente não sabia, não descobria. Não sabia as notícias, alguma, nada. Era uma coisa sem fundamento. Então a gente tendo o rádio, tendo o telefone, então a gente descobre muita coisa.

(Senhor de 79 anos)

[...] o rádio avisa tudo, TV mostra tudo, que que acontece, foi em volta, se enxerga tudo na TV, que que acontece, sabe tudo... O telefone é mais rápido, pega o telefone, manda [informação] qualquer lugar, tanto de perto como de longe, pega o telefone, sabe o número do telefone, manda do telefone...

(Senhora de 73 anos)

Ficar só em casa... Eu não sei dizer o que ocorre fora da cerca do pátio. O rádio ajuda muito.

(Senhora de 72 anos)

Eu tô bastante mais longe, não saio mais, só aqui, daí fica uma coisa triste. Só uso a TV. A TV me ajuda a saber as coisas lá fora, sem a TV, ela me ajuda pouco.

(Senhora de 76 anos)

Eu acho que sim, a televisão, o rádio e o telefone [ajudam a ter uma vida melhor]. A gente se comunica com todo mundo sem precisa ir lá, eu acho que é muito bom.

(Senhora de 71 anos)

O telefone é uma maneira mais rápida. É demais de importante para ter uma vida boa. Além de comunicar e informar é importante porque a gente não fica preocupada com a demora da resposta, neste sentido é muito bom, porque a rapidez vale ouro, satisfaz. Ajuda, sempre tá mais tranquila, pra mim é muito bom.

(Senhora de 87 anos)

Na compreensão dos significados atribuídos às TIC, observamos um espectro amplo de respostas. Nas entrevistas abertas foram consideradas como “algo que dá vida, ilumina”, “traz conhecimento”, “traz felicidade e afasta a solidão e a tristeza” e “aproxima as pessoas”.

ii. Relações interpessoais

Neste tópico reunimos os achados referentes à comunicação interpessoal dentro da ILPI, como os idosos percebem a possibilidade de mediação da comunicação e informação por meio das TIC, os assuntos discutidos na rotina da instituição entre os mesmos e como são compreendidas essas relações. Durante os debates os idosos relataram que a ILPI proporcionou novas amizades e que, mesmo com a

institucionalização, os amigos mais íntimos os visitam, porém eles manifestaram uma carência de valorização dos seus discursos e de diálogos de maior profundidade, o que seriam algumas dificuldades de convívio presentes no cotidiano. Os participantes informaram que os principais temas de diálogo na ILPI limitam-se à criação dos filhos, netos, profissões e histórias de vida. Um ponto positivo para alguns dos participantes é que passaram a ter maior contato com as TIC com a institucionalização ao comparar à vida anterior a esse acontecimento. As falas que apresentamos a seguir expressam algumas dessas situações, da forma como se dão as relações interpessoais percebidas por esses idosos e mostram o quão particulares são as interpretações de cada indivíduo neste cenário:

Diversas coisas que precisam observar, o respeito, a não fazer muita crítica, a crítica tem que ser construtiva. Mas então gente, antes de falar as coisas tem que pensar duas vezes, quem fala muito sempre erra mais, quem fala pouco erra menos, pouco converso, mas gosto de conversar as coisas com tempo, e sem repetir as coisas isso não agrada. As vezes a pessoa corta o assunto como se só ela é que sabe, mas temos que ter paciência.

(Senhor de 78 anos)

Quando eu vim pra cá não tinha tanta conversaiada, não tinha briga, não tinha nada, era tudo um silêncio. Coisa mais boa que era do mundo. E foi, começou a aumentar, aumentar, daí já começou a brigar e dizer nome feio. E eu não gosto disso aí. Eu gosto de conversá com as pessoas mas em paz, sem briga, sem nada. Era. Era bem diferente [a comunicação antes do abrigo]. Agora, primeiro eu conversava mais, tinha mais prazer de conversá e agora eu não gosto. Que a pessoa que sabe conversá é importante.

(Senhora de 72 anos)

Acho que a troca de amizade entre duas pessoas só pode fortalecer porque cada um transmite aos outros ideias, e por mais que não seja ativa, na sua quietude a pessoa aprende. É muito mais importante saber calar do que falar.

(Senhora de 90 anos)

Pra tudo existe um momento, as vezes eu me sinto indisposta, mas não me entrego, me sinto bem, o pessoal me trata muito bem, mas as vezes dá uma saudade de casa. Pessoal vão viver a nossa vida, não dá pra ir ocupando os filhos, eles tem que viverem, tem que viver. A gente fica viúva muda muito, no fim a gente não sabe que vai fazer. Eu acho que tô bem, eu não posso ficar sozinha e aqui tenho companhia.

(Senhora de 91 anos)

Que todo o dia a gente consiga viver harmoniosamente, o grupo, os atendentes são muito atenciosos e isso conforta as pessoas.

(Senhora de 73 anos)

Eu converso bastante com quem sabe conversá comigo. Tem gente que a gente vai conversá com ele, ele destrata. Só um homem velho que fala comigo, dorme comigo, na cama dele. Ele não quer distraí, ele não quer ser igual os outros. Então eu digo pára com isso, eu não falo mais eu quero dormi. Mas tu dorme, se dormi cara. Digo, dai tu sussega a tua cabeça, ajeita a tua cabeça. O outro fica só, naquela situação se mete contigo, complica com a gente em vez de falá outra coisa boa contigo. Que sussega, cria juízo, um homem depois de homem véio, não tem miolo e nem você assim. Fala. Perde a palavra minha gente, não é todos que falam comigo que se acertemo não briguemo, só contigo que dá folia [colega de quarto]. Não quero, não quero brigá contigo. Mas tu aprenda a falá. Parece uma criança de um ano, que não sabe nem falá. Aprenda isso, o mundo não é assim, chega mais, chega mais, chega mais, mais

amigo meu, não seja aprovalecido. Cuida tua vida, deixa a vida dos outros. E, é o que digo, digo, digo a verdade, eu conheço o mundo porque eu rodei o mundo, viajei bastante, hoje em dia eu sei viver. Uma aprenda vivê também com você, certo que mude. Tá. Obrigado. É importante, é verdade [falar com os outros para ter saúde]. Sabe o que, só quem morreu, quem morreu não fala. Quem tá vivo tem que falá pra vê que tá vivo.

(Senhor de 75 anos)

Minha memória está a mesma coisa, não mudou nada. Hoje está mais difícil conversar, porque as pessoas não demonstram interesse nas conversas comigo. Os olhos e os ouvidos não mudaram muita coisa para atrapalhar. Tem pessoas só para especular e não conversar. As experiências ajudou muito. Não encontro dificuldade para conversar, porque sou bobalhona, brincalhona. Eu adoro minha velhice, sou feliz.

(Senhora de 79 anos)

Sobre os filhos que a gente tem, como é que eles são, se eles me obedecem, esses assuntos que a gente tem, sobre os filhos e netos também.

(Senhora de 72 anos)

Sobre a possibilidade das pessoas se comunicarem umas com as outras por meio das TIC, os participantes usaram os termos “bom”, “fácil”, “válido”, “importante”, “maravilhoso” e “excelente” para expressar a comunicação interpessoal mediada pelas TIC e justificam sua consideração, sobretudo pela possibilidade de comunicação com os familiares de forma mais rápida e fácil.

Agora é fácil, mas na minha época era difícil, só a língua que falava, não tinha telefone.

(Senhora de 88 anos)

Uma maravilha, havia muita necessidade disso pois a gente vivia isolada e muita gente ainda vive.

(Senhora de 87 anos)

É bom. Facilita muito a gente, principalmente telefone, e também muito programa como a missa ajuda quem não pode sair e rezá em casa.

(Senhora de 81 anos)

Hoje é tudo muito fácil. Não dá para comparar o meu tempo com o de hoje. Ninguém se comunicava, terminava as pessoas, ficava só com a lembrança. Ia embora nunca mais via. É bom.

(Senhora de 86 anos)

Sim, tem a irmã morando perto de Erechim. Eu tinha um irmão que morava pra fora e sempre mandava carta. É bom, passa as horas. É importante, pede como vai a família, outro dia eles ligam pra gente.

(Senhora de 88 anos)

Eu acho que aproxima as pessoas. Pelo telefone, pelas cartas, também dá pra fazer amizades, contá histórias e dá o resumo das coisas que a gente faz, a gente por carta, por telefone é melhor porque a gente conversa melhor. Ele é mais rápido, por telefone a gente só liga e eles atendem, a carta demora muitos dias depende o lugar.

(Senhora de 71 anos)

Além de distrair, os idosos salientaram que, por meio das TIC eles podem informar novidades e notícias, ou até mesmo de levar programas que só poderiam ser

realizados fora da ILPI para dentro da mesma, como as missas na televisão ou na rádio, frequentemente acompanhadas nas ILPI.

iii. Dificuldades de comunicação e acesso à informação

Esta categoria refere-se às dificuldades encontradas para a comunicação interpessoal e o acesso à informação por meio das TIC nas ILPI. Estas pareceram compreender limitações físicas, mentais, psicológicas, o afastamento social, o uso coletivo de pequeno nº de TIC, principalmente referente à televisão e ao rádio, e a baixa escolaridade. Dentro das condições físicas, situamos os problemas identificados que se relacionaram com a diminuição da capacidade respiratória, da visão, da audição, da articulação das palavras, sequelas de doenças que acometem o movimento, a coordenação e a força dos músculos dos membros superiores e inferiores, observados tanto nas falas dos idosos como em algumas de suas atitudes. Por exemplo, nos casos de dispnéia⁶ em repouso, observamos que os sujeitos tinham dificuldades para manter um ritmo de fala tranquilo, necessitando esforço, o que parecia deixá-los apáticos. Os idosos que apresentavam diminuição da força muscular e dificuldade de coordenar os movimentos ou a fala em decorrência de acidente vascular cerebral⁷, demência ou Parkinson, muitas vezes, tinham dificuldade de se deslocar até a televisão, para manuseá-la ou não tinham condição de manusear o controle remoto e ficavam dependentes do auxílio de terceiros. Citamos algumas falas que expressam isso:

Eu tenho algum pouco [de dificuldade] na leitura, a gente usa óculos de grau, então tem alguma diferenczinha, de visão né, já não é mais como era, mas ainda dá pra lê jornal, revista, isso aí... A maioria, por exemplo, na idade que eu tô já não tem mais esse, essa visão né, pra lê tranquilamente sem tê um óculos pra auxiliá... Com o passar dos anos ficou mais fácil o exemplo aqui é a reunião, a gente tá mais parceiro para conversar. Ficar mais velho dependendo do problema que a gente tem dificulta mexer nos aparelhos, menos agilidade. Mesmo assim dá para se defender.
(Senhor de 78 anos)

⁶ Segundo Martinez, Padua e Terra Filho (2004), a dispnéia “é o termo usado para designar a sensação de dificuldade respiratória, experimentada por pacientes acometidos por diversas moléstias, e indivíduos saudáveis, em condições de exercício extremo.”

⁷ Segundo O’Sullivan e Schmitz (2004), o acidente vascular cerebral é o aparecimento de uma disfunção neurológica aguda, devido ao comprometimento da circulação cerebral, culminando com sinais e sintomas relacionados com os focos cerebrais lesionados. Devido a uma hemorragia ou uma obstrução da circulação sanguínea, uma determina área cerebral perde seu aporte sanguíneo e em consequência sofre morte celular, assim de acordo com a região lesada, as consequências podem ser diversas. 40 a 50% dos indivíduos pós-acidente vascular cerebral morre dentro dos seis primeiros meses posteriores e os sobreviventes apresentam déficits neurológicos e incapacidades, entre estas, segundo André (2006), alterações na marcha, movimento do membro inferior e superior, espasticidade, funcionalidade, condicionamento cardiovascular, incontinência urinária e fecal nas atividades domésticas, distúrbios cognitivos, comportamentais, de linguagem, deglutição, sexuais, emocionais, profissionais e recreacionais.

[a velhice] *Atrapalha [a comunicação], fica uma conversa cantada, não é que nem o novo, que conversa bem, e não entrava o fôlego, sai viva aquela conversa, aquela palavra... Eu tenho a falta de ar também, eu tô quieto tô com falta de ar.*

(Senhor de 75 anos)

A doença mata a gente. Não posso usar o banheiro, me deu dois derrames e não consigo ficar em pé... Não posso ir na TV.

(Senhora de 64 anos)

Condições mentais e psicológicas, como a diminuição da memória e o medo de danificar alguma TIC, foram comentados pelos idosos:

Trocá de canal eu não sou capaz mais, mas assisti, eu assisto tudo, mas trocá de canal eu nunca troquei [televisão]. Rádio eu consegue. Tenho medo porque essa aqui não é minha, se era minha daí sim, eu mexi pra cá, mexia pra lá, mas essa que não é minha, eu vou estragá, depois. Eu ligo, desligo, ligo, desligo, ligo, desligo, mas mexê pra lá não faz. Tenho medo de estragá porque no é meu... a minha [TV] era diferente.

(Senhora de 73 anos)

Eu não consigo mexe nessas coisas... Eu não aprendi. Eu ligo a televisão e o rádio também, mas se estragá eu não sei arrumá.

(Senhora de 72 anos)

Eu pego o telefone assim, e tenho que largá argh [manifestação de enjoo]. Isso aí é uma impressão assim que me dá... Se tem gente dentro de casa eu já trato de ir lá pra fora, se for de bom me chame, senão não precisa, nem me conte nada, que daí a gente fica triste daí.

(Senhora de 79 anos)

A cabeça tem que mudar, as vezes a gente fala bobagem.

(Senhora de 64 anos)

Mudaram, mudaram muito [as TIC]. Pra mim tá mais difícil hoje [mexer nas TIC], porque eu sofri um derrame e daí me atrasou a ideia, muito, muito.

(Senhora de 82 anos)

Se não tem miolo não adianta contá não, ninguém compreende uns aos outros, que nem índio lá no mato. É, Índio não compreende as pessoa que, quê que dizem.

(Senhor de 75 anos)

A memória já não é mais a mesma né, então já tem palavras que tu não se lembra de falá... junto com a pessoa a memória enfraquece.

(Senhor de 78 anos)

A situação de afastamento social foi relatada como algo que os impossibilita a manterem-se atualizados à gama de novas TIC e suas mudanças de *layout* que tem surgido ao diminuir a possibilidade de contato com as mesmas.

[As TIC mudaram?] *Eu não sei, eu acho que não. Eu não posso opinar, que eu tô fora [da sociedade]. A TV, por exemplo, eu não tenho muito contato assim, muito contato com quem trabalha lá. A gente compra um aparelho e a gente custa compra outro, só mesmo por necessidade...*

(Senhora de 87 anos)

Nas ILPI investigadas foram poucos os casos em que o idoso tinha sua própria televisão ou rádio. O uso coletivo das TIC pareceu prejudicar a possibilidade de escolha dos programas a serem assistidos ou ouvidos, privilegiando alguns frente aos outros. Isso pode ser observado neste diálogo:

Locutor- E vindo morar na ILPI mudou, diminuiu o acesso a esses equipamentos [TIC]?

Sim. A família não, mas os objetos sim. Tu liga o rádio, um liga mais alto né. Nem parece que são adultos...

(Senhora de 82 anos)

A baixa escolaridade foi situada como uma dificuldade de comunicação e acesso à informação pelos idosos que não podem ler um jornal ou uma revista, e, em poucos casos, alguns idosos apresentam dificuldades de dialogar com os colegas por não conseguirem falar o idioma brasileiro como os demais.

Eu falo, mas não como uma pessoa estudada. Eu falo, mas estudei pouco, é por isso. Isso ali ainda vou, conversar, converso, não perdi a memória nada da visão, audição. Ficar mais velha atrapalhou nada, escuto mesmo. Assisti a TV, o rádio, a missa. Assisto todos os dias. Claro eu poderia melhorar se caminhasse mais, falar bem que bom seria.

(Senhora de 73 anos)

Nesse relato fica evidente que a senhora sente-se inibida para se comunicar, ao sentir receio de não ser compreendida pelas pessoas, em virtude da baixa escolaridade e da dificuldade de pronunciar algumas palavras no idioma brasileiro. Comunicar-se bem parece ser algo tão significativo para ela quanto caminhar, o que pode estar vinculado com sua independência.

iv. Facilidades de comunicação e acesso à informação

Essa categoria se refere aos fatores citados pelos idosos, que facilitam a realização da comunicação interpessoal e o acesso à informação através das tecnologias. As falas a seguir são relatos de alguns participantes que acreditam que

[...] já tem aquela experiência grande da vida e sabe tolerá, tê tolerância com os jovens. A gente já foi jovem também tem que ter muita compreensão com os jovens, conversando se entende... Tolerância as vezes vai até na velhice, as vezes nem a gente se tolera... E a liberdade, antigamente se sabia das coisas mas tinha que ficá quietinho. Acho melhor assim né.

(Senhora de 91 anos)

Se a cabeça tá boa não tem dificuldade... O que resolve tudo é a cabeça.

(Senhora de 87 anos)

Que a qualidade [das TIC] melhorou muito, porque vai aperfeiçoando cada vez mais a, até a aparelhagem mesmo, de a comunicação em si resulta desse melhoramento. E as próprias

peças envolvidas, elas são bem preparadas pra administrar e se comunicá com o público em geral né.

(Senhora de 73 anos)

Segundo os participantes, as experiências de vida podem ter acrescido paciência e tolerância, a conservação da memória, principalmente, a liberdade de expressão, e as inovações nas TIC foram apontadas como facilidades para comunicar-se com os demais colegas e obter as informações necessárias.

b) Mudanças percebidas no ambiente e significados da vivência na rádio-poste

Após a intervenção, os participantes relataram que a atividade tornou o lar acolhedor, agradável e estimulante, tirando-os de uma posição de estagnação ou nas palavras dos mesmos “chacoalhou o pessoal”. Percebemos que o significado de participar da programação de uma rádio-poste possibilitou uma alteração nos sentimentos (“mais viva”, “maravilhoso”, “saudade”, “felicidade”, “espairecida”, “aliviado”, “realizado”, “prazer”, “gratidão”, “surpreso”), nos conhecimentos adquiridos e nos pensamentos otimistas, principalmente no que se refere às relações interpessoais na instituição (“que vale a pena ajudar alguém”, “aprendi a conviver com pessoas que eu conheço há pouco tempo”, “que tem que ir pra frente”, “a dar valor às pessoas de idade”, “a conviver”, “que cada um tem uma expressão e que podem aprender juntos”, etc).

[...] e a importância do teu trabalho também porque vem desperta quem tá meio adormecido e falá as inovações, as coisas novas e uma pessoa como você vai e deu um toque e aí para gente melhorar um pouco no convívio e vai ficar boas lembranças...

(Senhora de 73 anos)

Eu observei porque é muito bom de observar e a gente sai com um conhecimento a mais, foi o que aconteceu comigo, eu fiquei observando o trabalho de você e achei maravilhoso.

(Senhora de 84 anos)

Valeu, isso não parece qualquer coisa, vale a pena mas a gente acha difícil no começo bah mas isso é uma coisa que fica distante da gente, mas a gente pode trazer mais perto e se desenvolvendo aos poucos. Eu aprendi que nada é difícil nesse mundo, tudo é fácil basta a gente fazer uma reunião e conversar, fazer aprender bastante e quanto mais pessoas mais produtivo o trabalho. Cada um se expressa do seu jeito.

(Senhora de 78 anos)

Aprendi a conviver com as pessoas que eu conheço a pouco tempo mas que hoje guardo no coração a lembrança de estar sempre junto e continuar junto até que a morte nos separe.

(Senhor de 96 anos)

Pois óia, eu aprendi o seguinte acho que é muito bom, porque tem muita gente que vai percisá, vamo dizê assim oh, um favor oh, um problema aí com cautela, chega pra gente, pra gente falá, um problema né e daí é bom que coloquemo uma rádio, pra gente indica uma irritação, uma coisa ou outra do pessoal daqui... É aí, sabe que a senhora tá enriquecido por causa a

gente se entrete e aí a, aí já vai espairose né. E assim por diante né, que mais é pessoa véia, que queria tá morando em casa né, que tá chora queria o filho, ficá alegre né.

(Senhor de 61 anos)

Acho importante. Que a rádio trouxe mais alegria pra gente, mais entusiasmo pra nossa casa né. Mais alegria, mais entusiasmo, mais novidade né aqui pra nós... Eu me sinto muito alegre, muito feliz porque antigamente não tinha nada aqui né, agora ultimamente até rádio nós temo. Então foi uma grande oportunidade pra nós né. Mais um degrau que a gente sobe na vida né... Eu não tinha muita, eu nunca tinha falado no rádio né, então a gente ficou meio assim, meio surpreendida né.

(Senhora de 83 anos)

Ah ajuda, como eu que sou muito esquecido ela ajuda a memória né. Que faz a gente se lembrá, como eu nem expliquei muitas coisas como, no tempo que era piá eu tenho uns causo pra contá.

(Senhor de 70 anos)

Eu achei muito bom a experiência, teve muito conhecimento, então a gente aprende, eu achei muito bom a aprendizagem aqui... Senti um pouco mais de alívio das coisas, que a gente sofreu bastante, mas, mas, quando chegou em um ponto tem que descansá.

(Senhor de 78 anos)

A presença aqui nesses momentos raros que você nos proporciona é muito agradável porque você proporciona um momento de reunião de todos os colegas e trocamos ideias contigo também... Alegre e positivo é o que posso te dizer, positivo ao extremo e alegre tira a gente do cotidiano...

(Senhora de 90 anos)

Mudou, o rádio desperta.

(Senhora de 76 anos)

Apesar das mudanças positivas proporcionadas pelas atividades, visualizamos que uma parte dos idosos de uma ILPI a partir de um determinado momento passa a se identificar uns com os outros, ao passo que, alguns sujeitos parecem não querer tomar essa atitude. Este fato ficou claro numa determinada tarde de atividades, como se observa no trecho a seguir, extraído do diário de campo

Embora hoje tenha sido uma tarde de sol com poucas nuvens, estava frio e os outros participantes quiseram ficar na sala ampla em frente a sala do rádio, sentados em semicírculo em torno da lareira. 'A'; 'B' uma senhora bem consciente, a única que faz uso de celular, e seu 'C', estavam sentados no pátio, do lado de fora que dá acesso a Ala B. Quando os convidei a participar, seu 'C' disse que iria e pela segunda semana consecutiva, ele não foi. 'A' disse que não iria, preferia ficar lá fora ajudando e ressaltou que deixaria a atividade para as "crianças se divertirem". Os três riram... me senti um pouco magoada, mas por outro lado estes que apresentam níveis cognitivos normais, provavelmente podem não sentir a mesma necessidade de comunicação que os outros. Mas por quais motivos? E porque eu percebo que as pessoas mais bem cognitivas se afastam do restante menos 'favorecido', se assim se pode dizer. Onde está o sentimento de solidariedade? Desapareceu ante o medo de se tornar assim?

Pareceu-nos que um sentimento de negação da realidade afasta ou torna alguns idosos solitários dentro da ILPI. Acreditamos que uma ILPI por vezes pode ser percebida como um local de abandono, quando as pessoas da convivência anterior à institucionalização são totalmente afastadas do idoso, mas, por outro lado, pode ser um

local de perspectiva para aqueles que viviam situações de solidão, de viuvez, de doença e com pouca interação social. Alguns dos participantes vieram a ter contato com rádio e telefone nesse local, onde também realizaram amizades e o acesso a médico e a medicamentos, enfim ao cuidado, que parece ser um ponto forte que conforma esses idosos em situação de afastamento social.

A minha vida mudou bastante porque lá onde eu, quando eu trabalhava, que eu trabalhava de doméstica, quando eu ficava doente eu tinha que sair nos posto, assim né. E se tornava mais difícil pra mim né. Aqui não, eu não preciso sair que aqui eu tenho médico, tenho remédio, tenho se preciso de, de exame eles fazem aqui né, tenho cama, tenho comida, tenho tudo né. Não preciso sair daqui. Nesse ponto que a minha vida melhorou.

(Senhora de 83 anos)

Mudou bastante por causa aqui cê para assim, mais, mais alegre, né. Porque em casa a gente fica muito parada, lá sozinha. Pouca gente, só os neto lá, por lá, me arrodando, pedindo bala.

(Senhora de 76 anos)

De repente tu vê todas as pessoas com a mesma idade, tu pode visitar tua família, mas vai passar mais tempo aqui... A gente se sente bem e melhora, se vai pra casa dos filhos fica uma tristeza só, ficam todos doentes. Faço as coisas, descansa e vai de novo não se entrega. É meu gênio assim não posso mudar, para não prejudicar meus filhos, que aqui eu tenho companhia, acho que estou certa nisso... Aqui a gente se identifica um com o outro.

(Senhora de 91 anos)

E a gente parece que é tudo parente...

(Senhora de 79 anos)

Eu vivo nessa casa a mais de três anos, tenho sendo muito bem atendido e tratado, é um bom meio de viver na tranquilidade de um lar.

(Senhor de 96 anos)

[antes da ILPI] Tinha menos amigos, eu parava quase só em casa trabalhando, então aqui a gente tá mais na liberdade.

(Senhor de 79 anos)

[a vida na ILPI] Mudou bastante. Um pouco pra melhor. Que a gente trabalha, ajuda, naquilo que pode. A gente canta as vez, dança quando tem vontade, então é isso aí mesmo.

(Senhora de 72 anos)

Nesse contexto os idosos relataram sobre as atividades realizadas durante o projeto:

Eu achei muito importante. E é um entretenimento, e alguém que não vê as coisas, fica pensando no coração, coisa mais linda tá, tudo de bom, que eu nunca vi na minha vida eu fui ver agora, e isso aí é um entretenimento pra quem tá aqui ficá alegre. E não deve de tê tristeza senão dói meu coração... E deu o ano, o plano maior é ser feliz na vida. Certo. Tá boa, um pouco [minha qualidade de vida]. Tá boa porque eu não posso com tristeza me ataca o coração. Tem que conversá, ter alegria com os amigos. Falá alguma coisa, dizê algum auê. Se lembrá das coisa que eu passei, contente... É muito importante conversar com os amigos porque a qualidade de vida melhora. Um amigo da pra falar com outro, que um cuida do outro e a atenção.

(Senhor de 75 anos)

Mas o que pode que, tu proseia né, tu escuita, conversa né e vai passando o tempo né que só quieto também, é pior né. Mas eu gosto de conversa mesmo, que daí a gente se enterte, vai passando o tempo né. Que a gente quando tá sozinho não tem com quem conversá, daí fica mais triste né, daí faz a vida mais longa. Então a gente tem uma pessoa pra conversá com a gente pra passar o tempo, e a vida fica mais alegre, daí fica contente. Daí que faz bem conversá com a gente.

(Senhor de 70 anos)

Eu tô me sentindo bem mais alegre depois que eu tô aqui, com todos os meus amigos e amigas que tem aí.

(Senhora de 76 anos)

É muito importante, porque a gente esquece muita coisa do passado né. A gente conversando com as pessoas trocando assunto né. É, é bem bom sabe.

(Senhora de 83 anos)

Mas eu participá da rádio eu... Eu... Gostei tudo o trabalho, a gente da rádio né, ali a gente pode escutá a voz da gente, que eu tenho dificuldade sou surdo.

(Senhor de 61 anos)

Mas são experiências que vem aqui no residencial que é até uma surpresa para a gente porque não é muito comum. Então você proporcionou essas horas de aprendizagem e aperfeiçoamento e achei muito importante.

(Senhora de 73 anos)

Aprendi muita coisa eu adoro jovens, eu adoro gente nova, então eu aprendi muita coisa e foi ótimo.

(Senhora de 91 anos)

Eu aprendi que nada é difícil nesse mundo, tudo é fácil basta a gente fazer uma reunião e conversar, fazer aprender bastante e quanto mais pessoas mais produtivo o trabalho.

(Senhora de 78 anos)

Sinceramente foi maravilhoso, eu até na primeira vez que eu soube que era pra vim eu disse: Mas nem vale mais a pena eu tô velhinho... nem vale mais a pena quere me modificá, mas querendo ou não, eu me modifiquei cada dia eu consigo mais um amigo aqui.

(Senhor de 62 anos)

Achei uma coisa muito boa e acho que todo mundo ficô feliz com as músicas de vocês, de ouvir a conversa, coisa muito boa, muito boa, coisa até que a gente não imaginava que nós íamos ter oportunidade.

(Senhora de 79 anos)

Os idosos parecem dar valor, principalmente, ao caráter de entretenimento e diversão, indicando que as reuniões que promovemos entre amigos preencheram o tempo, dando a sensação de que o tempo passava com mais rapidez.

4.3. QUALIDADE DE VIDA, COGNIÇÃO E DEPRESSÃO APÓS ESTÍMULO DIALÓGICO

Esta parte dos resultados descreve os achados encontrados nas escalas de QV, cognição e depressão pré e pós-intervenção. As tabelas tentam descrever de forma mais objetiva os resultados, no apêndice B consta uma série de tabelas com uma descrição

mais detalhada quanto aos valores de nível de significância encontrados nos testes de correlação de Spearman. A Tabela 2 mostra os escores totais da EDG e do MEEM, inclusive os domínios que o MEEM avalia separadamente. Buscamos detalhar o estudo do MEEM, pois um escore total de um indivíduo considerado sem déficit cognitivo, por este exame, pode estar manifestando alguma deficiência numa das habilidades do questionário. Observamos que a memória imediata apresentou um aumento estatisticamente significativo após a intervenção, e, ainda que as outras habilidades analisadas no MEEM, assim como o escore total, tenham aumentado não foram consideradas mudanças significativas estatisticamente.

Tabela 2 - Pontuação da escala de depressão geriátrica e minixame do estado mental dos processos de pré e pós-intervenção.

| Variáveis | Intervenção | Média | Desvio padrão | p |
|-------------------|-----------------|-------|---------------|--------|
| Pontuação EDG | Pré-intervenção | 2,7 | 2,1 | 0,459 |
| | Pós-intervenção | 2,8 | 2,5 | |
| Orientação | Pré-intervenção | 6,6 | 2,1 | 0,657 |
| | Pós-intervenção | 6,9 | 2,4 | |
| Memória imediata | Pré-intervenção | 2,2 | 1,0 | 0,037* |
| | Pós-intervenção | 2,7 | 0,8 | |
| Atenção e cálculo | Pré-intervenção | 1,6 | 1,8 | 0,537 |
| | Pós-intervenção | 2,0 | 1,9 | |
| Evocação | Pré-intervenção | 1,3 | 1,1 | 0,784 |
| | Pós-intervenção | 1,4 | 1,4 | |
| Linguagem | Pré-intervenção | 6,8 | 1,3 | 0,443 |
| | Pós-intervenção | 7,0 | 1,3 | |
| Pontuação MEEM | Pré-intervenção | 18,5 | 5,2 | 0,327 |
| | Pós-intervenção | 20,0 | 5,9 | |

Nível de significância de $\leq 0,05$. Teste de Mann-Whitney.

A pontuação obtida na EDG foi maior ao final da pesquisa, contudo tanto os casos afirmativos para suspeição de depressão quanto para a presença de défices cognitivos diminuíram com a atividade, ainda que não de forma significativa (Tabela 3).

Tabela 3 - Resultados dos processos de pré e pós-intervenção na escala de depressão geriátrica e miniexame do estado mental.

| Variáveis | Intervenção | Casos | | p |
|---------------------------|-----------------|-------|-----|-------|
| | | Sim | Não | |
| Casos afirmativos EDG | Pré-intervenção | 6 | 17 | 0,956 |
| | Pós-intervenção | 3 | 20 | |
| Casos déficits cognitivos | Pré-intervenção | 14 | 9 | 0,554 |
| | Pós-intervenção | 11 | 12 | |

Nível de significância de $\leq 0,05$. Teste exato de Fisher.

A análise da QV por meio da escala Whoqol-bref revela um incremento em todos os seus domínios, sem significância estatística, mas com incremento considerável no que se refere à avaliação geral da saúde, questão que investiga o quanto a pessoa está satisfeita com a sua saúde, entre o “muito insatisfeito” ao “muito satisfeito” (Tabela 4).

Tabela 4 - Resultados dos domínios da escala de qualidade de vida Whoqol-bref obtidos nos processos de pré e pós-intervenção.

| Variáveis | Intervenção | Média | Desvio padrão | p |
|--------------------------|-----------------|-------|---------------|-------|
| Físico | Pré-intervenção | 13,6 | 1,8 | 0,239 |
| | Pós-intervenção | 14,1 | 1,4 | |
| Psicológico | Pré-intervenção | 14,3 | 2,1 | 0,808 |
| | Pós-intervenção | 14,4 | 2,5 | |
| Relações sociais | Pré-intervenção | 16,2 | 2,3 | 0,358 |
| | Pós-intervenção | 16,9 | 2,8 | |
| Meio ambiente | Pré-intervenção | 16,1 | 2,5 | 0,912 |
| | Pós-intervenção | 16,3 | 2,2 | |
| Escore geral | Pré-intervenção | 14,8 | 2,5 | 0,132 |
| | Pós-intervenção | 15,7 | 2,4 | |
| Avaliação geral | Pré-intervenção | 16,6 | 4,5 | 0,558 |
| | Pós-intervenção | 17,1 | 4,7 | |
| Avaliação geral da saúde | Pré-intervenção | 17,1 | 4,7 | 0,057 |
| | Pós-intervenção | 19,6 | 3,9 | |

Nível de significância de $\leq 0,05$. Teste de Mann-Whitney.

Ao investigarmos a possibilidade de existência de correlação entre os domínios desta escala⁸, nos resultados pré-intervenção não ocorreram correlações significativas entre a avaliação geral da saúde com os outros domínios (Tabela 5).

Tabela 5 - Coeficiente de correlação de Spearman entre os domínios da escala de qualidade de vida Whoqol-bref no período pré-intervenção.

| Domínios | Físico | Psicológico | Relações sociais | Meio Ambiente | Avaliação geral da saúde |
|--------------------------|---------|-------------|------------------|---------------|--------------------------|
| Físico | 1,000 | 0,422* | 0,559** | 0,454* | 0,055 |
| Psicológico | 0,422* | 1,000 | 0,487* | 0,641** | 0,314 |
| Relações sociais | 0,559** | 0,487* | 1,000 | 0,548** | 0,254 |
| Meio ambiente | 0,454* | 0,641** | 0,548** | 1,000 | 0,334 |
| Avaliação geral da saúde | 0,055 | 0,314 | 0,254 | 0,334 | 1,000 |

*Correlação com nível de significância de $\leq 0,05$. ** Correlação com nível de significância de $\leq 0,01$.

O aumento da percepção de saúde parece estar correlacionado com os domínios “físico” ($p = 0,021$), “psicológico” ($p = 0,036$) e “meio ambiente” ($p = 0,028$) após a intervenção (Tabela 6).

Tabela 6 - Coeficiente de correlação de Spearman entre os domínios da escala de qualidade de vida Whoqol-bref no período pós-intervenção.

| Domínios | Físico | Psicológico | Relações sociais | Meio Ambiente | Avaliação geral da saúde |
|--------------------------|---------|-------------|------------------|---------------|--------------------------|
| Físico | 1,000 | 0,611** | 0,733** | 0,724** | 0,479* |
| Psicológico | 0,611** | 1,000 | 0,672** | 0,405* | 0,439* |
| Relações sociais | 0,733** | 0,672** | 1,000 | 0,681** | 0,283 |
| Meio ambiente | 0,724** | 0,452* | 0,681** | 1,000 | 0,458* |
| Avaliação geral da saúde | 0,479* | 0,439* | 0,283 | 0,458* | 1,000 |

*Correlação com nível de significância de $\leq 0,05$. ** Correlação com nível de significância de $\leq 0,01$.

⁸ No apêndice B do CD-ROM as tabelas de correlação de Spearman estão apresentadas de forma mais completa, incluindo os valores de significância para cada um dos coeficientes encontrados.

Na escala de QV Whoqol-old o domínio “intimidade” aumentou de forma significativa depois da experiência com a rádio. Ele avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas, o quanto a pessoa sente que tem oportunidades para amar e ser amada, o quanto sente que tem companheirismo e amor em sua vida (Tabela 7).

Tabela 7 - Resultados dos processos de pré e pós-intervenção obtidos na escala de qualidade de vida Whoqol-old.

| Variáveis | Intervenção | Média* | Desvio padrão | p** |
|--|-----------------|--------|---------------|--------|
| Funcionamento do sensorio | Pré-intervenção | 17,3 | 3,5 | 0,537 |
| | Pós-intervenção | 17,5 | 2,7 | |
| Autonomia | Pré-intervenção | 14,0 | 4,4 | 0,163 |
| | Pós-intervenção | 13,9 | 4,7 | |
| Atividades passadas, presentes e futuras | Pré-intervenção | 15,7 | 3,8 | 0,774 |
| | Pós-intervenção | 15,2 | 4,3 | |
| Participação social | Pré-intervenção | 14,7 | 4,3 | 0,113 |
| | Pós-intervenção | 15,8 | 4,3 | |
| Morte e morrer | Pré-intervenção | 18,0 | 3,4 | 0,404 |
| | Pós-intervenção | 17,5 | 4,4 | |
| Intimidade | Pré-intervenção | 14,8 | 4,8 | 0,023* |
| | Pós-intervenção | 15,8 | 3,4 | |
| Escore geral | Pré-intervenção | 94,6 | 2,6 | 0,226 |
| | Pós-intervenção | 95,7 | 2,4 | |

* Média aritmética a partir do escore bruto das facetas. **Nível de significância de $\leq 0,05$. Teste de Mann-Whitney.

A “intimidade” teve correlação significativa com os domínios “autonomia” ($p = 0,011$), “atividades passadas, presentes e futuras” ($p = 0,003$) e “participação social” ($p = 0,001$) quando analisada pré-intervenção (Tabela 8).

Tabela 8 - Coeficiente de correlação de Spearman entre os domínios da escala de qualidade de vida Whoqol-old no período pré-intervenção.

| Domínios | FS | AU | PPF | PS | MM | IN |
|----------|--------|---------|---------|---------|--------|---------|
| FS | 1,000 | -0,463* | -0,204 | 0,032 | 0,335 | -0,055 |
| AU | -0,463 | 1,000 | 0,709** | 0,383 | 0,014 | 0,522* |
| PPF | -0,204 | 0,709** | 1,000 | 0,515* | -0,005 | 0,591** |
| PS | 0,032 | 0,383 | 0,515* | 1,000 | 0,241 | 0,656** |
| MM | 0,335 | 0,014 | -0,005 | 0,241 | 1,000 | -0,091 |
| IN | -0,055 | 0,522* | 0,591** | 0,656** | -0,091 | 1,000 |

FS: Funcionamento do sensório. AU: Autonomia. PPF: Atividades passadas, presentes e futuras. PS: Participação social. MM: Morte e morrer. IN: Intimidade. *Correlação com nível de significância de $\leq 0,05$. ** Correlação com nível de significância de $\leq 0,01$.

Quanto a pós-intervenção essa correlação significativa se manteve [“autonomia” ($p = 0,001$), “atividades passadas, presentes e futuras” ($p = 0,007$) e “participação social” ($p = 0,013$)] (Tabela 9). Estes respectivamente se referem à independência na velhice e, portanto, descrevem até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões; a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia, e delineiam a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade.

Tabela 9 - Coeficiente de correlação de Spearman entre os domínios da escala de qualidade de vida Whoqol-old no período pós-intervenção.

| Domínios | FS | AU | PPF | PS | MM | IN |
|----------|--------|---------|---------|---------|--------|---------|
| FS | 1,000 | -0,189 | 0,067 | -0,108 | 0,065 | 0,018 |
| AU | -0,189 | 1,000 | 0,600** | 0,645** | -0,306 | 0,636** |
| PPF | -0,067 | 0,600** | 1,000 | 0,570** | -0,291 | 0,549** |
| PS | -0,108 | 0,645** | 0,570** | 1,000 | -0,064 | 0,511* |
| MM | 0,065 | -0,306 | -0,291 | -0,064 | 1,000 | -0,318 |
| IN | 0,018 | 0,636** | 0,549** | 0,511* | -0,318 | 1,000 |

FS: Funcionamento do sensório. AU: Autonomia. PPF: Atividades passadas, presentes e futuras. PS: Participação social. MM: Morte e morrer. IN: Intimidade. *Correlação com nível de significância de $\leq 0,05$. ** Correlação com nível de significância de $\leq 0,01$.

Por meio da escala de QV de Flanagan, percebemos que o domínio “recreação”, que avalia a satisfação diante da participação em atividades de recreação, lazer e de socialização, foi significativamente maior após a participação na rádio (Tabela 10).

Tabela 10 - Resultados obtidos nos processos pré e pós-intervenção na escala de qualidade de vida de Flanagan.

| Variáveis | Intervenção | Média | Desvio padrão | p |
|---|-----------------|-------|---------------|--------|
| Bem-estar material e físico | Pré-intervenção | 5,5 | 1,1 | 0,452 |
| | Pós-intervenção | 5,8 | 0,7 | |
| Relacionamentos com as outras pessoas | Pré-intervenção | 5,9 | 1,0 | 0,641 |
| | Pós-intervenção | 6,1 | 0,7 | |
| Atividades social, comunitária e cívica | Pré-intervenção | 5,6 | 1,2 | 0,514 |
| | Pós-intervenção | 5,9 | 0,7 | |
| Desenvolvimento e realização pessoal | Pré-intervenção | 6,0 | 0,7 | 0,956 |
| | Pós-intervenção | 6,0 | 0,8 | |
| Recreação | Pré-intervenção | 5,6 | 0,7 | 0,044* |
| | Pós-intervenção | 6,2 | 0,7 | |

Nível de significância de $\leq 0,05$. Teste de Mann-Whitney.

Ao investigarmos a correlação entre a “recreação” e os outros domínios desta escala, nos resultados pré-intervenção houve correlação significativa com o “bem-estar material e físico” ($p = 0,001$), “relacionamentos com outras pessoas” ($p = 0,033$), “atividades social, comunitária e cívica” ($p = 0,000$) e “desenvolvimento e realização pessoal” ($p = 0,000$) (Tabela 11).

Tabela 11 - Coeficiente de correlação de Spearman entre os domínios da escala de qualidade de vida Flanagan no período pré-intervenção.

| Domínios | BMF | ROP | ASCC | DRP | RE |
|----------|---------|---------|---------|---------|---------|
| BMF | 1,000 | 0,456* | 0,598** | 0,518* | 0,630** |
| ROP | 0,456* | 1,000 | 0,621** | 0,384 | 0,445* |
| ASCC | 0,598** | 0,621** | 1,000 | 0,683** | 0,718** |
| DRP | 0,518* | 0,384 | 0,683** | 1,000 | 0,692** |
| RE | 0,630** | 0,445* | 0,718** | 0,692** | 1,000 |

*BMF: Bem-estar material e físico. ROP: Relacionamentos com outras pessoas. ASCC: Atividades social, comunitária e cívica. DRP: Desenvolvimento e realização pessoal. RE: Recreação. *Correlação com nível de significância de $\leq 0,05$. ** Correlação com nível de significância de $\leq 0,01$.*

Nos resultados pós-intervenção, a “recreação” correlacionou-se com a qualidade dos “relacionamentos com as outras pessoas” ($p = 0,003$) e com o “desenvolvimento e realização pessoal” ($p = 0,000$) (Tabela 12), que, respectivamente, estudam a satisfação com os relacionamentos com os pais, amigos, parentes, com a satisfação do ter e criar filhos, com relacionamentos importantes como com namorado, esposo ou pessoa relevante e o autoconhecimento de potenciais e limitações, a satisfação com a capacidade de aprender, de trabalhar e de se expressar.

Tabela 12 - Coeficiente de correlação de Spearman entre os domínios da escala de qualidade de vida Flanagan no período pós-intervenção.

| Domínios | BMF | ROP | ASCC | DRP | RE |
|----------|--------|---------|-------|---------|---------|
| BMF | 1,000 | 0,486* | 0,106 | 0,316 | 0,354 |
| ROP | 0,486* | 1,000 | 0,215 | 0,473* | 0,598** |
| ASCC | 0,106 | 0,215 | 1,000 | 0,361 | 0,392 |
| DRP | 0,316 | 0,473* | 0,361 | 1,000 | 0,876** |
| RE | 0,354 | 0,598** | 0,392 | 0,876** | 1,000 |

*BMF: Bem-estar material e físico. ROP: Relacionamentos com outras pessoas. ASCC: Atividades social, comunitária e cívica. DRP: Desenvolvimento e realização pessoal. RE: Recreação. *Correlação com nível de significância de $\leq 0,05$. ** Correlação com nível de significância de $\leq 0,01$.*

Os instrumentos de QV utilizados nesta pesquisa apresentaram valores indicativos de confiabilidade para a população investigada, através do coeficiente alfa de Cronbach, os valores de p encontrados pré e pós-intervenção respectivamente foram, na Whoqol-old, 0,816 e 0,768; na Whoqol-bref, 0,856 e 0,862 e, na Flanagan, 0,885 e 0,847.

5. DISCUSSÃO

Neste capítulo procuramos discutir os resultados encontrados a partir da pesquisa, referentes à cognição, depressão, qualidade de vida e os significados atribuídos às TIC e analisá-los com outras referências bibliográficas pertinentes ao tema. A porção feminina constituiu a maior parte da amostra, este é um achado que parece ser decorrente das mudanças sociodemográficas ocorridas na população brasileira. Segundo dados do IBGE (2009), a população idosa é integrada por um grupo de heterogeneidade considerável, entre si e em relação aos demais grupos etários, tanto no que tange as condições sociais, quanto aos aspectos demográficos. No que se refere ao gênero feminino, as mulheres apresentam maior longevidade, o que pode ter alguma relação com a maior procura por assistência a saúde.

Isso pode ser observado nos dados publicados pelo IBGE (2009), que encontrou uma autopercepção de saúde pior nas mulheres, o que poderia desencadear uma maior procura médica. Nessa publicação consta que a percepção de saúde tem sido descrita como um importante preditor de sobrevivência entre idosos, estando possivelmente relacionada com o rendimento médio mensal familiar *per capita* e ao gênero feminino. Além do mais, a percepção de um estado de saúde ruim acarretaria maior utilização dos serviços de saúde entre idosos. Nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 (PNAD), os idosos que possuíam rendimento médio mensal familiar *per capita* baixo, declararam saúde ruim/muito ruim em maior proporção do que os idosos dos estratos de rendimentos mais elevados. Enquanto isso, as mulheres idosas declararam um estado de saúde pior do que os homens, exceto entre os idosos de 80 anos ou mais, onde a tendência se inverteu. Os resultados do PNAD (2003) apontam que as mulheres idosas procuravam atendimento médico em maior proporção do que os homens, o que reforça a relação entre a sobrevivência feminina e o cuidado de sua saúde maior que a masculina.

Encontramos nesta pesquisa, um aumento da autopercepção da saúde, embora não significativo estatisticamente, após a intervenção na escala de QV Whoqol-bref (Tabela 4), o que pode ser um fator positivo analisando a afirmação do IBGE (2009). Nos resultados pré-intervenção não ocorreram correlações significativas entre a avaliação geral da saúde com os outros domínios (Tabela 5), mas encontramos correlação com os domínios “físico”, “psicológico” e “meio ambiente” após a

intervenção (Tabela 6). Estes domínios envolvem: i) físico: engloba questões de dor, desconforto, energia, fadiga, qualidade do sono, da locomoção, da dependência de tratamentos médicos e da capacidade para realizar tarefas diárias e do trabalho; ii) psicológico: se refere aos temas otimismo, segurança, concentração, sentido atribuído à vida, aceitação da aparência física, satisfação pessoal e frequência de sentimentos negativos; iii) meio ambiente: abrange a segurança pessoal diante da vida diária, a qualidade do ambiente físico e com o local em que mora, a satisfação com o acesso às informações necessárias, aos serviços de saúde, às oportunidades de lazer, aos meios de transporte, e com os recursos financeiros (WHO, 1996).

Independentemente da estrutura cultural das sociedades, a autopercepção da saúde tem tido relevância, e os idosos dessas diferentes realidades consideram o seu estado de saúde como um bem importante. Segundo Blane, Netuveli e Montgomery (2008), a relação entre a autopercepção da saúde e a QV de pessoas idosas tem sido bem estabelecida. Estes autores, num estudo que acompanhou as mudanças da saúde e a relação destas com a QV de idosos, encontraram que, em geral, a relação entre a saúde e a QV é independente do estado psicológico. A limitação funcional seria a dimensão chave da saúde na sua relação com a QV e a depressão clínica poderia ser um importante mediador entre a limitação funcional e a QV.

Grande parte dos domínios avaliados pelas escalas tanto de QV, quanto de investigação de déficits cognitivos e de depressão, sofreram aumentos após a intervenção, mesmo que não tenham alcançado diferença estatística significativa. Contudo, três domínios da escala de QV Whoqol-old apresentaram diminuição da pontuação nessa pesquisa, são eles “Autonomia”, “Atividades passadas, presentes e futuras” e “Morte e morrer”, uma hipótese seria que os participantes poderiam ter se tornados mais críticos com as reflexões desenvolvidas através da interação dialógica. Dessa forma, passando a perceber limitações na liberdade de escolhas nas atividades diárias da vida, demonstrando insegurança em relação a morte que se aproxima, insatisfação com o número de oportunidades para novas realizações, quanto ao reconhecimento recebido pelas ações desenvolvidas antes da institucionalização, com o que alcançou na vida, ou ainda, não esperando um futuro melhor que o atual.

Além desta hipótese, podem ter ocorrido outras situações individuais durante a pesquisa, que poderiam ter corroborado para esta redução. Ainda podemos estipular que

a atividade proposta não conseguiu atingir todos os domínios da QV, mas que conseguiu aumentar os escores gerais das escalas ao incrementar principalmente a autopercepção da saúde, a intimidade e a recreação, podendo contrabalançar alguns domínios no qual não abordamos diretamente, como o funcionamento do sensório e o físico. Estes por sua vez, poderiam ser abordados atuando sobre a sintomatologia de doenças crônicas, por exemplo, comuns nessa faixa etária e que não são passíveis de uma cura, como as osteoartroses, diabetes e doenças neurológicas entre outras, por gerarem variadas alterações biológicas, psicológicas e físicas que limitam a locomoção, o julgamento, a interação com outras pessoas entre outras dificuldades.

Os idosos das ILPI demonstraram aumento significativo estatisticamente nos domínios “intimidade” na escala de QV Whoqol-old, “recreação” na escala de QV Flanagan e na “memória imediata” no MEEM. Tivemos dificuldades para encontrar estudos que promovessem o diálogo entre os idosos por meio de uma rádio-poste em ILPI, para podermos comparar os achados pós-intervenção. As pontuações obtidas nas escalas de QV, no MEEM e na EDG variaram em relação aos outros estudos utilizados para comparação. No geral, nas escalas de QV Whoqol-bref e Whoqol-old obtivemos escores menores que outras amostras compostas tanto de idosos ambulatoriais quanto de ILPI, ao passo que, na escala de QV de Flanagan, nossa pontuação foi maior quando comparado com amostras significativas existentes na literatura. Acreditamos que esses achados refletem a heterogeneidade dessa faixa etária, pois a idade não parece ser o determinante principal das condições de cognição, depressão e QV. A exemplo disso, Maués et al. (2010) ao comparar a QV entre 69 idosos separados em dois grupos, os jovens (idade entre 60 a 70 anos) e muito idosos (85 anos ou mais), não encontraram diferença estatística significativa, pela escala de QV Whoqol-old. No grupo dos idosos jovens, a média do escore geral foi de 84,1⁹, e nos muito idosos, 83,3. A partir desse achado os autores concluíram que a QV não parece decair com a idade. Nossos participantes apresentaram menores escores de QV na avaliação sem intervenção do que os idosos ambulatoriais. Ao transformar os valores apresentados de zero a cem (escores transformados das facetas), teríamos como médias dos escores gerais nas quatro ILPI investigadas: na ILPI_A a média foi de 68,8, na ILPI_B 71,3, na ILPI C_72,0 e na ILPI_D 81,9, após a intervenção passando para, respectivamente, 78,1; 82,9; 76,8; 73,8.

⁹ O autor não cita os valores de desvio padrão encontrados nos escores gerais da escala da QV Whoqol-old apresentados em sua publicação.

Esses escores parecem confirmar os achados da literatura que creem numa diminuição da QV com a institucionalização em ILPI, mas acreditamos que nesse cenário outros fatores podem contribuir para a redução ou a manutenção de boas condições de QV nesse ambiente. Tavares et al. (2011) investigaram a QV em 1 303 idosos com hipertensão arterial de uma comunidade usando as escalas de QV Whoqol-old e Whoqol-bref. Seus resultados primeiramente mostram que a escolaridade dos entrevistados na maioria fica entre um e cinco anos de estudo, 59,2%, o que fica muito próximo do encontrado nesta pesquisa, em que a média da escolaridade foi de 5,8 anos, com desvio padrão de 4,7 anos de estudo. Segundo o IBGE (2008), a Constituinte de 1946, que tornou o ensino primário obrigatório e gratuito nas escolas públicas, e o aumento do número de escolas e faculdades em todo o Brasil na década de 1970 contribuíram para a melhoria das condições educacionais, no entanto, o estímulo à alfabetização dos idosos se apresenta ainda insuficiente. A proporção de idosos sem instrução e menos de 1 ano de estudo, em 2007, era de 32,2% no conjunto do país. O Sudeste apresentava um percentual de 22,8%, sendo que no nordeste, mais da metade dos idosos (52,2%) possuía ainda este nível de escolaridade, enquanto a região Sul possuía o melhor percentual (21,5%) de idosos com baixa instrução. A alfabetização é importante porque pode tornar as pessoas menos dependentes de terceiros para ler, redigir documentos, para nível de localização, locomoção por meio de transportes, acesso aos meios de comunicação e cuidados com a própria saúde. Ainda segundo o IBGE (2008), a educação, como processo de acumulação de conhecimento, é o ganho social que mais enobrece a natureza humana, constituindo o analfabetismo um fator de marginalização, que exclui e impede a mobilidade social das pessoas independentemente da idade e do gênero.

A baixa escolaridade também pode estar associada com um declínio cognitivo mais rápido na velhice do que o encontrado em amostras de idosos com mais anos de estudo. Castro-Costa et al. (2011) num estudo de coorte investigaram a associação entre idade, sexo e escolaridade e o declínio cognitivo de 1461 idosos por dez anos de seguimento. Os pesquisadores concluíram que o baixo nível de anos de estudo, gênero, idade e educação se associaram com o declínio cognitivo. Em relação ao declínio cognitivo, os participantes do sexo feminino, com maior escolaridade e mais velhos, apresentam reduções mais rápidas dos escores do MEEM. As mulheres e os indivíduos

com maior escolaridade apresentaram resultados mais altos no MEEM na linha de base, e os idosos mais velhos (75 anos ou mais) apresentaram pontuações mais baixas.

Em relação aos achados obtidos no MEEM e na EDG quando comparados a outros estudos, podemos acreditar que encontramos valores de cognição e depressão baixos no que se refere à pontuação. Isso significa que nossa amostra apresentou um estado cognitivo no geral baixo, e poucos casos de depressão entre os investigados em relação a outros estudos e que, embora não tenham mudanças significativas estatisticamente, obtivemos resultados positivos. Dos 23 participantes, seis tinham suspeição de depressão, caindo para três ao final da pesquisa, com pontuação média e desvio padrão (representados neste texto nos valores entre parênteses) inicial de 2,7 (2,1), passando para 2,8 (2,5) dos quinze pontos possíveis, ao passo que a pontuação obtida no MEEM passou de 18,5 para 20,0 pontos, com ganho estatisticamente significativo para o domínio “memória imediata”, que consiste na memorização de três palavras apresentadas no momento da entrevista. Esses achados não significam que a população investigada nas quatro ILPI apresentasse essas mesmas condições até porque apenas 14,3% dos 161 idosos que residiam nas quatro ILPI investigadas responderam os questionários.

As atividades oferecidas no interior da ILPI também podem corroborar com a QV dos idosos. Carneiro (2007) investigou as habilidades sociais, o apoio social, a QV e a depressão de três ambientes, idosos de uma UnATI, idosos que viviam no seio familiar e em asilos e encontrou que no ambiente asilar os idosos tinham um menor repertório de habilidades sociais, uma menor rede de apoio social e, conseqüentemente uma pior QV. A depressão estava presente em 40% dos idosos da ILPI, porcentagem maior do que nos outros ambientes. Plati et al. (2006) avaliaram a frequência de sintomas depressivos e o desempenho cognitivo de idosos não institucionalizados, institucionalizados que recebiam terapia ocupacional, jogos, artes e desenhos, ginástica e visitas regulares de parentes e, institucionalizados que não tinham as mesmas atividades. Foram 120 idosos, destes 83 institucionalizados, em que 54,2% de indivíduos apresentavam sintomas depressivos, considerando menor que a proporção não institucionalizada, em que apareceram em 18,9% dos sujeitos. Os escores obtidos na EDG, médias e Desvio padrão entre parênteses, foi de 4,2 (3,4) nos institucionalizados com atividades, 5,5 (3,6) nos institucionalizados sem atividades, e

2,4 (2,7) nos não institucionalizados. No MEEM os autores encontraram escores de 24,2 (3,2) nos idosos não institucionalizados, 24,2 (4,1) nos institucionalizados com atividades e 21,7 (4,1) nos institucionalizados sem atividades.

Em nossa amostra, os idosos na maior parte recebiam visitas de parentes, tinham contato com diversas e necessárias especialidades médicas, serviço psicológico, odontológico, nutricional, de enfermagem e fisioterapêutico, entre outros, de acordo com o exigido em lei para a manutenção de ILPI. Porém, o ganho de QV encontrado pode ter alguma relação com os ganhos de recreação, entretenimento e diversão como relatado nas falas dos idosos. As atividades desde as notícias, as músicas e os debates foram escritos tentando direcionar para o interesse dos participantes, permitindo que interviessem na programação, contassem histórias de vida e experiências, o que lhes agradava e desagradava na ILPI, enfim, percebemos que não se trata simplesmente de oferecer atividades, mas considerar os interesses dos idosos e a importância da ludicidade para gerar ganhos nos níveis cognitivos, emocionais e na QV.

Em relação aos achados nas escalas de QV, Tavares et al. (2011) analisaram cada domínio separadamente e os valores encontrados mostraram que o maior escore de QV foi para as “relações sociais” e “funcionamento dos sentidos”; e os menores para o “físico” e a “autonomia”. As mulheres apresentaram menores escores no “psicológico” e na “morte e morrer”. Os idosos com 80 anos ou mais possuíam menor escore no “físico”, “funcionamento dos sentidos” e “autonomia”. O maior número de morbidades se associou ao menor escore no “físico”, “psicológico”, “relações sociais” e “autonomia”. Embora não tenhamos feito estas comparações entre idade, gênero e os resultados dos domínios, obtivemos maiores escores nas “atividades passadas, presentes e futuras”, ‘intimidade’, e, desconsiderando a avaliação geral da saúde e a avaliação geral da QV, que foram as de maior escore na escala Whoqol-bref, as “relações sociais” e o “meio ambiente” receberam as maiores notas na avaliação inicial da pesquisa. Isso parece sugerir a importância da relação do idoso com seus parentes, familiares, amigos e o apoio que este recebe dos mesmos para a QV. Os menores escores foram atribuídos aos domínios “físico”, “psicológico”, “funcionamento do sensorio” e “morte e morrer”, possivelmente por envolverem alterações biológicas, físicas, psicológicas da velhice e a iminência da morte, que, em determinado momento, passam a ser aceitas pelo idoso que

passa a dar a si mesmo novos objetivos de vida dentro das suas limitações, o que fica claro nas falas, quando os idosos contam os ganhos que obtiveram ao morar na ILPI.

Santos et al. (2002) utilizaram a escala de QV de Flanagan para avaliar a QV de 128 idosos de uma comunidade. A média dos escores obtidos nessa amostra foi de 74,3¹⁰, e o coeficiente de confiabilidade alpha igual a 0,764. Em comparação, encontramos como média geral e desvio padrão entre parênteses 87,3 (10,9), e coeficiente de confiabilidade alpha de Cronbach igual a 0,885 pré-intervenção e 0,847 na avaliação final. Os autores supracitados afirmaram a eficiência do instrumento, pois, segundo os mesmos, um valor para alpha maior que 0,600 significa que houve concordância entre o instrumento e a população alvo. Oliveira, Gomes e Paiva (2011) compararam a QV de 70 idosos funcionalmente independentes e residentes em instituições e 210 não institucionalizados, utilizando a escala de QV Whoqol-bref, e verificaram uma associação entre o fator institucionalização e a pressão arterial sistólica nos institucionalizados, que, além disso, mostraram pior QV quando comparados aos não institucionalizados, que apresentaram melhores pontuações em todos os domínios do instrumento. Os autores observaram uma associação entre institucionalização e todos os domínios da QV, domínio “físico” (p = 0,002), “psicológico” (p = 0,000), “relações sociais” (p=0,033) e “meio ambiente” (p = 0,002) e entenderam que a institucionalização de idosos pode ser um fator determinante na perda da QV.

Comparando nossos resultados com os do estudo de Oliveira, Gomes e Paiva (2011), podemos considerá-los em relação ao “físico” e “psicológico” menores, em que os autores encontraram respectivamente nos institucionalizados, como média geral e desvio padrão entre parênteses, 14,2 (2,8) e 14,5 (2,7), nos não institucionalizados 15,3 (2,5) e 15,9 (2,6), enquanto obtivemos, 13,6 (1,8) e, 14,3 (2,1). Contudo, obtivemos maiores valores nos domínios “relações sociais” 16,2 (2,3) e “meio ambiente” 16,1 (2,5) em comparação tanto com os idosos institucionalizados 15,0 (3,1) e 13,8 (2,5) e não institucionalizados 16,0 (2,9) e 15,0 (2,4) do estudo supracitado. Somado a isso nossos participantes demonstraram também uma melhor percepção de sua saúde e QV. Acreditamos que a institucionalização pode estar fortemente envolvida na diminuição da QV, porém trazemos a afirmação de Camarano numa entrevista à revista *istoÉ*, que em muitos casos as ILPI podem melhorar a QV dos idosos, principalmente de acordo

¹⁰ O autor não cita os valores de desvio padrão encontrados nos escores gerais da escala da QV Whoqol-old apresentados em sua publicação.

com a expectativa que este tinha antes da institucionalização, obtendo ganhos sobretudo por meio da socialização com pessoas na mesma situação, enquanto alguns podem tornar-se revoltosos quando internados contra a própria vontade (AZEVEDO, 2010).

Nas falas que apresentamos sobre as relações interpessoais nas ILPI, situações como a identificação pessoal entre os idosos ficam claras, e essa integração pode contribuir para que a QV destes seja maior do que aquela encontrada em outros estudos. Definir a velhice apenas como a última fase da vida pode contribuir para a segregação da pessoa idosa, não só em ILPI, mas também no próprio seio da sociedade, pois, se assim o fosse, seria diminuída a motivação para viver nessa etapa (VAGETTI; WEINHEIMER; OLIVEIRA, 2007). Segundo Both (2001, p. 105), a constituição do ser humano, independentemente da idade, reproduz em seu desenvolvimento as formas de linguagem, de entendimento, de habitar e a afetividade representada e expressa em seu ambiente social. Refere o autor que

Na ausência ou nas limitações institucionais para a constituição da personalidade dos indivíduos, é natural que aconteçam os sofrimentos humanos e de modo particular os mais velhos comecem a se desmobilizar na construção de seu pensamento e de seu entusiasmo pela vida e os mais jovens percam o seu destino original, pela desvinculação com seu passado.

Essa relação entre a recreação, o desenvolvimento e realização pessoal e a interação com outras pessoas pode ser identificada através da correlação de Spearman entre os domínios da escala de QV de Flanagan. Encontramos uma correlação significativa entre os domínios “Desenvolvimento e realização pessoal” e “Recreação” ($p = 0,000$), e ainda, entre os domínios “Desenvolvimento e realização pessoal” e “Relação com as outras pessoas” ($p = 0,023$). Um achado que reforça a percepção de Both (2001) frente a possível contribuição das atividades de lazer e das relações interpessoais proporcionadas dentro das instituições para o desenvolvimento humano e a autorealização dos sujeitos.

Na escala de QV de Flanagan o domínio “relacionamento com outras pessoas” envolve a percepção de qualidade do diálogo, da presença e da ajuda recebida de parentes, família, amigos e pessoas relevantes na vida do sujeito. Já o domínio “recreação” abrange a qualidade das atividades de recreação, de lazer, das oportunidades e da capacidade de socialização. Enquanto que, o domínio “desenvolvimento e realização pessoal” envolve a autopercepção da capacidade de

aprender, o autoconhecimento dos potenciais e limitações e a capacidade para o trabalho e ao diálogo.

Estudamos um cenário contrastante no que tange aos grupos que frequentam os CC e acreditamos que ocorre uma carência de estímulos cognitivos na ILPI, e considerando o idoso da ILPI, embora portador de determinadas limitações que o levaram à institucionalização, um ser humano que possui projetos de vida a ser respeitados, tal prática não se justifica nesse contexto. Acreditamos que os debates promovidos na rádio-poste construíram conhecimentos a partir da partilha de experiências de vida e que o incremento de sentimentos otimistas advindos desta proposta ressaltam ainda mais a importância da educação continuada voltada para as necessidades de cada idoso e, por isso, devendo ser diversificadas e inseridas nos diversos cenários sociais e culturais.

Segundo Freire Jr. e Tavares (2005), o idoso institucionalizado em ILPI constitui, muitas vezes, um grupo privado de seus projetos, por estar afastado da família, da casa, dos amigos, das relações nas quais sua história de vida foi construída. O que ele considera uma situação de exclusão social que pode estar associada com as marcas e sequelas de doenças crônicas não transmissíveis, motivos principais de sua internação, inclusive nas ILPI. Dessa forma, os autores pensam as ILPI como cenários de cuidados, constituindo um desafio para a proposta da promoção da saúde, que se funda no empoderamento, expressos, entre outros aspectos, pelo direito à individualidade, muitas vezes barrado nesse contexto.

Percebemos que os idosos das ILPI investigadas as veem como um local de cuidado, principalmente para aqueles que viviam com limitada interação social. Na ILPI alguns dos participantes tiveram contato com novas TIC, estabeleceram vínculos afetivos e reforçaram a importância do acesso médico e a medicamentos. Freire Jr. e Tavares (2005) relatam que os idosos da ILPI estudada por eles se consideravam felizes, e a rede de apoio e a boa convivência representaram as grandes chaves para a obtenção dessa felicidade, segundo sua visão de mundo. A instituição pôde proporcionar esses fatores e desenvolver o papel de promotora da saúde e bem-estar de seus internos.

Os principais significados que os idosos atribuíram às TIC não pareceram diferir daqueles estudos realizados em outras realidades. Pasqualotti, Barone e Doll

(2007) investigaram a significação de idosos com depressão sobre as TIC. De acordo com os autores, para 57% as TIC eram um meio de se comunicar e para 52% eram formas de participação no mundo. Com relação à significação da palavra tecnologia, 30% as relacionaram à eficiência, facilitação, progresso e à esfera da comunicação e afirmaram acreditar na existência de uma evolução tecnológica se desenvolvendo, porém distante de suas vidas. As percepções dos relacionamentos considerando o uso das TIC para esses idosos representaram algo que transforma o convívio interpessoal, ao modificar a forma como as pessoas se relacionam. Observamos que os idosos relataram o uso das TIC principalmente para a distração, o termo tecnologia estando associado com inovações realizadas de acordo com as necessidades humanas. As TIC nas relações interpessoais foram consideradas como facilitadoras desse processo, permitindo aos idosos de dentro da ILPI tomar conhecimento das alterações fora desse ambiente, até mesmo contribuindo para gerar tranquilidade para alguns deles.

6. CONCLUSÃO

Embora as escalas de qualidade de vida, no geral, tentem ser o mais completas possível, na busca de abrigar de forma ampla os domínios que pesam na percepção da qualidade de vida, percebemos que nas entrevistas cada escala trouxe uma particularidade em destaque. Acreditamos que o uso de três diferentes escalas de qualidade de vida ajudaram a investigar com maior profundidade esta questão, sentindo que esses instrumentos se complementavam, pois algumas perguntas interessantes não se repetiam entre os instrumentos. Os domínios “recreação” da escala de qualidade de vida de Flanagan, “intimidade” do WHOQOL-old e “memória imediata” do miniexame do estado mental apresentaram aumentos significativos. Esses domínios se relacionam à participação em recreação ativa, ao lazer (ouvir música, assistir a televisão ou cinema, leitura entre outros), à capacidade e oportunidades de fazer amigos, ao sentimento de companheirismo, às oportunidades para amar e ser amado. Embora o número de casos de défices cognitivos e de depressão tenha diminuído entre os participantes, não se obteve significância estatística.

Encontramos uma correlação significativa estatisticamente entre a percepção de “desenvolvimento e realização pessoal” com a “recreação” e a “relação com outras pessoas” na escala de qualidade de vida de Flanagan, parecendo que o sentimento de autorealização da amostra pode estar relacionada com as oportunidades de lazer e com a qualidade das relações interpessoais. Após a intervenção os participantes relataram que a atividade tornou o lar acolhedor, agradável e estimulante, tirando-os de uma posição de estagnação. Percebemos que o significado de participar da programação de uma rádio-poste possibilitou uma alteração nos sentimentos, nos conhecimentos adquiridos e nos pensamentos otimistas, principalmente no que se refere às relações interpessoais na instituição. Além disso, os idosos deram valor ao caráter de entretenimento e diversão, indicando que as reuniões que promovemos entre amigos preencheram o tempo, fazendo com que se percebesse a passagem das horas com mais rapidez.

Diante dos achados expostos, sugerimos que uma instituição de longa permanência deva oportunizar atividades que promovam reflexões significativas para os idosos, permitindo que os mesmos possam expor suas reais necessidades e interajam com seus colegas de instituição, bem como possam se manter informados do mundo exterior à instituição nesse período de vida complexo, como se manifesta o processo de

finitude humana. Tão importante quanto falar em um microfone, ouvir as músicas, as notícias ou as histórias de vida das outras pessoas que vivem com o idoso na instituição, é sentir-se pertencente a um grupo, por meio dos espaços que permitem efetivos estímulos à socialização. Além disso, os idosos relataram que a comunicação é importante para uma boa qualidade de vida, pois a “conversa” permite que eles solicitem os medicamentos, bem como manifestem os seus estados de saúde na busca do cuidado.

Desejamos que os resultados desta pesquisa estimulem a sua continuidade e ressaltamos a necessidade de proporcionar aos idosos residentes em instituições de longa permanência condições para que, mesmo na presença de défices físicos, cognitivos ou depressão, possam promover melhores condições de saúde. Sugerimos que esse estímulo dialógico seja desenvolvido de forma interdisciplinar, com ênfase para os discursos na relação profissional da saúde-idoso para um caráter de maior autonomia de voz para os idosos, que valorize sua experiência de vida e opinião, como os mesmos expressaram essa necessidade em suas falas.

Encontramos com frequência alterações visuais, auditivas e de articulação das palavras. Estas são comuns na população estudada, mas não impediram que participassem dos programas idosos cegos, surdos-mudos, afásicos (sem capacidade de fala) ou com disartrias (dificuldade na articulação das palavras) que mostraram interesse. No entanto, os instrumentos de coleta utilizados nesta pesquisa não são específicos para avaliar essas pessoas em suas limitações, impossibilitando observar as mudanças advindas da intervenção nestes casos. Em virtude das alterações que foram apresentadas, houve uma dificuldade em encontrar amostras significativas estatisticamente numa mesma instituição, e, devido ao tempo de intervenção ser extenso, o grupo de pesquisa não pôde estender-se além do tempo de oito meses de intervenção.

Recomendamos que esta pesquisa seja realizada em instituições de longa permanência de outras realidades sociais, com maior amostra para atribuir maior significância estatística aos achados quantitativos. Os participantes demonstraram valorização pela pesquisa ter sido desenvolvida por pessoas por eles consideradas jovens. E se a pesquisa fosse realizada por idosos, qual seria o valor atribuído pelos mesmos participantes? Parece-nos ser uma proposta de pesquisa interessante. Outra sugestão de pesquisa seria investigar a capacidade de promoção de educação em saúde

no ambiente asilar de forma interdisciplinar; pesquisas em que os idosos escolham seus temas de debate, aprendam a gerenciar a rádio e construam uma programação que possa ultrapassar a barreira física para a comunicação interpessoal existente nesse ambiente. Enfim, acreditamos que esta pesquisa abre um leque de oportunidades para novos estudos e desejamos a concretização dos mesmos.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. D.; FORLENZA, O. V.; BARROS, H. L. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 131-136, 2005.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999a.
- _____. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 14, n. 10, p. 858-865, 1999b.
- ANDRÉ, C. *Manual de AVC*. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.
- ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W. Análise comparativa das representações sociais da velhice entre idosos de instituições geriátricas e grupos de convivência. *PSICO*, PUCRS, v. 36, n. 2, p. 197-204, 2005.
- ARGIMON, I. I. L.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 64-72, jan./fev. 2005.
- ÁVILA, R.; BOTTINO, C. M. C. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 316-320, 2006.
- AYRES, J. R. C. M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.
- AZEVEDO, S. Como se estivessem em casa. *ISTOÉ - independente*, São Paulo, edição 2105, ano 34, 17 mar. 2010. Seção Comportamento, p. 54-59.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. [Trad. Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro]. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BARROS, M. M. L. Trajetória dos estudos de velhice no Brasil. *Sociologia - problemas e práticas*, Lisboa, [s. v.], n. 52, p. 109-132, set./dez. 2006.

BERLO, D. K. *O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática*. ed. 10. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2003.

BIANCHI, G. Memória Radiofônica – os sentidos mobilizados por ouvintes idosos na escuta passada e presente. 12p. In: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação da Região Sul, 8, 2007, Passo Fundo. *Anais...* Passo Fundo: Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2007. Disponível em: <www.intercom.org.br/papers/regionais/sul2007/resumos/R0091-1.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2012.

BOTH, A. *Educação gerontológica: posições e proposições*. Erechim: São Cristóvão, 2001. 160p.

BOTH, A. *Gerontogogia: educação e longevidade*. Passo Fundo: Imperial, 1999. 172p.

BOTH, A.; PASQUALOTTI, A.; PORTELLA, M. R. Meta-avaliando: percepção dos fundamentos sociais e educacionais no controle de processos depressivos em idosos. In: BETTINELLI, L. A.; PORTELLA, M. R. P.; PASQUALOTTI, A. (Org.). *Envelhecimento Humano: múltiplas abordagens*. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2008. p. 247-279.

BLANE, D.; NETUVELI, G.; MONTGOMERY, S. M. Quality of life, health and physiological status and change at older ages. *Social Science & Medicine*, v. 66, n. 7, p. 1579-1587, Apr. 2008. Disponível em: <www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795360700679X>. Acesso em: 28 jan. 2012.

BRANDÃO, A. F.; PELZER, M. T.; GOMES, G. C. *Estado nutricional e características sócio-econômico-demográficas de idosos institucionalizados na cidade do Rio Grande, RS*. 69 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

BRASIL. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.htm>. Acesso em: 22 ago. 2011.

BRASIL. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.

BRITO, F. F. *Idoso institucionalizado: repercussões da independência funcional*. 113 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

BRUNO, R.; NUNES, L. R.; PEIXOTO, R. C. Análise da depressão em idosos institucionalizados – Lar Ozanan – Muriaré, MG. *Revista Científica da Faminas*, Muriaré, v. 3, n. 1, sup. 1, p. 250, jan./abr. 2007.

BURCKHARDT, C. S.; ANDERSON, K. L. Review. The quality of life scale (QOLS): Reliability, validity and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2003.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 25-73.

CAMARANO, A. A. *Texto para discussão n° 1179: mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira*. Governo Federal. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2006. Disponível em: <www.ipea.gov.br/pub/td/2006/td_1179.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235, jan./jun. 2010.

CANCELA, D. M. G. O processo de envelhecimento. *Psicologia.com.pt*: portal dos psicólogos. p. 1-15, 2007. Disponível em: <www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2011.

CARNEIRO, R. S. et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2007.

CASTRO, D. D. B. et al. Tecnologias de informação e comunicação a serviço do desenvolvimento local: conceitos e paradigmas. *Reuna*, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p.85-93, 2008.

CASTRO-COSTA, E. et al. Trajectories of cognitive decline over 10 years in a Brazilian elderly population: the Bambuí Cohort Study of Aging. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, sup. 3, p. 345-350, 2011.

CERVEIRA, M. O. *Rastreo cognitivo: deve ser rotina no atendimento médico dos idosos?* 77 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CETIC.BR – Centro de Estudos sobre as Tecnologias de Informação e Comunicação. *TIC domicílios e usuários 2010 – total Brasil*. Acesso às tecnologias de informação e comunicação. set./nov. 2010. Disponível em: <<http://cetic.br/usuarios/tic/2010-total-brasil/rel-geral-00.htm>>. Acesso em: 2 jan. 2012.

CIF: *Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

COGO, D. M. *No ar: uma rádio comunitária*. São Paulo: Paulinas, 1998.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – CNS. 11.^a Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DALLA VECCHIA, R. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.

DAMASCENO, B. P. Envelhecimento cerebral: o problema dos limites entre o normal e o patológico. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 78-83, 1999.

DANILOW, M. Z. et al. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências Saúde*, Brasília, v. 18, n. 1, p. 9-16, 2007.

DANTAS, R. A. S.; GÓIS, C. F. L.; SILVA, L. M. Utilização da versão adaptada da escala de qualidade de vida de Flanagan em pacientes cardíacos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 15-20, jan./fev. 2005.

DAVIS, C. M. Influência dos valores na assistência do paciente: base para a tomada de decisões. In: O’SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. *Fisioterapia: Avaliação e tratamento*. 2. ed. São Paulo: Ed. Manole, 1993. p. 31-39.

DIOGO, M. J. D’E. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 75-81, jan. 2000.

ELY, J. C. et al. Significação dos processos de comunicação e interação: conceitos dialógicos de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *RENTE, Revista Novas Tecnologias da Informação*, Porto Alegre, v. 7, n. 1, jul. 2009.

ELY, J. C.; PASQUALOTTI, A. Reflexões acerca das contribuições das tecnologias no desenvolvimento de atividades, relações e identidades sociais de idosos. *Intexto*, Porto Alegre, v. 2, n. 23, p. 120-132, jul./dez. 2010.

FERREIRA, O. G. L. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 1065-1069, 2010.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2. p. 178-83, 2000.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical. *Journal Psychiatric Resource*, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FRAQUELLI, A. A. *Relação entre auto-estima, auto-imagem e qualidade de vida em idosos participantes de uma oficina de inclusão digital*. 104 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) - Instituto de Geriatria e Gerontologia. Porto Alegre. 2008.

FRANÇA, V. R.V. Interações comunicativas: a matriz conceitual de GH Mead. In: PRIMO, A. et al. (Orgs.). *Comunicação e interações*. Livro da COMPÓS 2008. Porto Alegre: Sulina, 2008. p. 71- 91.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148 p.

FREIRE JR, R. C.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 147-58, set. 2004/fev. 2005.

FREITAS, A. V. S.; NORONHA, C. V. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 359-369, abr./jun. 2010.

GAGNON, M. P. et al. Interventions for promoting information and communication technologies adoption in healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. v. 21,

n. 1, jan. 2009. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160265>. Acesso em: 21 set. 2010.

GAMBURGO, L. J. L.; MONTEIRO, M. I. B. Envelhecimento e linguagem: algumas reflexões sobre aspectos cognitivos na velhice. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 35-49, jun. 2007.

GIBBS, G; FLICK, U. *Análise de dados qualitativos*. [trad. Roberto Cataldo Costa]. Porto Alegre: Artmed, 2009. 198p.

GONÇALVEZ, M. P.; TOMAZ, C.; SANGOI, C. Considerações sobre envelhecimento, memória e atividade física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, Distrito Federal, v. 14, n. 2, p. 95-102, 2006.

GORDIA, A. P. et al. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, Ponta Grossa, v. 3, n. 1, p. 40-52, jan./jun. 2011.

HABERMAS, J. Agir comunicativo e razão descentralizada. [Trad. Lucia Aragão]. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002. 111p.

HARTMANN JUNIOR, A. E.; SILVA, R. A.; BASTOS, O. Idosos Institucionalizados: Relação de estados depressivos com sintomas físicos e cognitivos. *Revista Neurobiologia*, Recife, v. 72, n. 3, p. 19-30, 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Sinopse do censo demográfico 2010*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. 2008. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em 2 fev. 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil*. 2009. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2010.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea. *VEJA ONLINE: Ipea: mais de 2/3 das cidades não têm abrigo para idoso*. 2010. Disponível: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=8581&catid=159&Itemid=75>. Acesso em: 21 ago. 2011.

LEITE M. T. et al. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 250-257, abr./jun. 2008.

LÉVY, P. A Revolução contemporânea em matéria de comunicação. [Trad. Juremir Machado da Silva]. *Revista FAMECOS*, Porto Alegre, [s. v.], n. 9, dez. 1998.

LIEBERMAN, M. B.; LIBERMAN, A. Ajustamento psicossocial à incapacidade física. In: O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. *Fisioterapia: Avaliação e tratamento*. 2.ed. São Paulo: Ed. Manole, 1993. p. 9-30.

LOPES, R. F.; LOPES, M. T. F.; CAMARA, V. D. Entendendo a solidão do idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 373-381, set./dez. 2009.

LOUVISON, M. C. P. Rede de atenção à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS). In: WATANABE, H. A. W. [e cols.]. *Rede de atenção à pessoa idosa*. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009. p. 11-31.

MARTINEZ, J. A. B.; PADUA, A. I.; TERRA FILHO, J. Dispneia. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 37, n. 3-4, p. 199-207, jul./dez. 2004.

MAUÉS, C. R. et al. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 405-410, set./out. 2010.

MÁXIMO, G. C. *Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil*. 208 f. Tese (Doutorado em Demografia) - Pós-Graduação em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais/Cedeplar, Belo Horizonte, 2010.

McLEISH, R. *Produção de rádio: um guia abrangente da produção radiofônica*. [trad. Mauro Silva]. v. 62. São Paulo: Summus, 2001.

MEDEIROS, J. M. L. *Depressão no idoso*. 32 f. Monografia (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2010.

MELO, M. C. et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p.1579-1586, 2009.

MENDES, A. O sujeito e as novas tecnologias de informação e comunicação. In: Congresso Internacional de História da UFG, 2, 2011, Jataí. *Anais eletrônicos...* Jataí: UFG, 2011. Disponível em: <<http://congressohistoriajatai.org/2011/anais2011/link%2019.pdf>>. Acesso em: 1 jan. 2011.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 169p.

MOTTA, A. B. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. *Cadernos Pagu*, Campinas, [s. v.], n. 13, p. 191-221, 1999.

NERI, A. L. Qualidade de Vida na Velhice. In: REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. *Fisioterapia Geriátrica. A prática da assistência ao idoso*. 1. ed. São Paulo: Manole, 2004. p. 1-36.

NERI, M. et al. O capital dos idosos. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 521-557.

OLIVEIRA, C. R. M. et al. Idosos e família: Asilo ou casa. *Psicologia.com.pt: o portal dos psicólogos*. 2006. Disponível em: <www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0281.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2010.

OLIVEIRA, D. L. C.; GORETTI, L. C.; PEREIRA, L. S. M. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 10, n. 1, p. 91-96, 2006.

OLIVEIRA, E. R. A.; GOMES, M. J.; PAIVA, K. M. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória – ES. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 518-523, jul./set. 2011.

OLIVEIRA, F. S. *Aprendizagem por idosos na utilização da internet*. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. *Fisioterapia: Avaliação e tratamento*. 2.ed. São Paulo: Ed. Manole, 2004.

PASQUALOTTI, A. et al. Significação dos processos de comunicação e interação de pessoas idosas residentes numa instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 6, n. 1, p. 20-33, 2009.

PASQUALOTTI, A.; BARONE, D. A. C.; DOLL, J. *Comunicação, tecnologia e envelhecimento: significação da interação na era da informação*. 198p. Tese (Doutorado em Informática na Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Centro Interdisciplinar de Novas Tecnologias na Educação, Porto Alegre, 2008.

PASQUALOTTI, A.; BARONE, D. A. C.; DOLL, J. As tecnologias de informação e comunicação na vida de idosos com sintomas de depressão: significado, experiências e relacionamentos. *Revista Novas Tecnologias na Educação*, v. 5, n. 2, 8p. 2007.

PARENTE, M. A. M. P. et al. Memória e compreensão da linguagem no envelhecimento. *Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 1, [s. n.], p. 57-76, 1999.

PEREIRA, C. P. M. et al. Longitudinal cognitive screening study in community-dwelling individuals. *Dement Neuropsychol*, v. 4, n. 3, p. 214-221, Sept. 2010.

PEREIRA, C.; NEVES, R. Os idosos e as TIC – competências de comunicação e qualidade de vida. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 5-26, mar. 2011.

PERUZZO, C. M. K. Rádios comunitárias no Brasil: da desobediência civil e particularidades às propostas aprovadas na CONFECOM. In: Encontro Anual da Compós, 19, 2010, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://compos.com.puc-rio.br/media/g6_cicilia_peruzzo.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2010.

PINTO, A. L. F. Memória: um desafio à autonomia do idoso. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, v. 1, n.1/2, p. 39-48, jan./dez. 1999.

PLATI, M. C. F. et al. Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 118-121, 2006.

PORTELLA, M. R. *Grupos de Terceira Idade: a construção da utopia do envelhecer saudável*. Passo Fundo: UPF: 2004. 176 p.

PORTO, E.; SIMÕES, R.; MOREIRA, W. W. Corporeidade e ação profissional na reabilitação: (des)encontros. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Campinas, v. 25, n. 3, p. 101-116, mai. 2004.

PORCU, M. et al. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Scientiarum*, Maringá, v. 24, n. 3, p. 713-717, 2002.

POWER, M.; SCHMIDT, S. *Organização Mundial da Saúde: manual WHOQOL-old*. (Trad. Eduardo Chachamovich; Marcelo Pio de Almeida Fleck). Disponível em: <www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2010.

PRIMO, A. Perspectivas interacionistas de comunicação: alguns antecedentes. In: PRIMO, A. et al. (Orgs.). *Comunicação e interações*. Livro da COMPÓS 2008. Porto Alegre: Sulina, 2008. p. 9-15.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, v. 4, n. 7, p. 156-175, 2002.

RODRIGUES, N. C. Política nacional do idoso – retrospectiva histórica. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 3, [s. n.], p. 149-158, 2001.

ROLDÃO, F. D. Aprendizagem contínua de adulto-idosos e qualidade de vida: refletindo sobre possibilidades em atividades de extensão nas universidades. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p. 61-73, jan./abr. 2009.

SAMPAIO, R. F. et al. Aplicação da classificação internacional de funcionalidade incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 9, n. 2, p. 129-136, 2005.

SANTANA, A. L. O.; GUIMARÃES, E. V. N. F.; TAVARES, M. *Sorriso da comunidade: humor radiofônico na rádio Pernambués FM*. 36f. Monografia (Graduação em Comunicação Social com Habilitação em Jornalismo) - Faculdade de Comunicação. Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, 2004.

SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Riberirão Preto, v. 10, n. 6, p. 757-64, 2002.

SETTON, M. G. J. A particularidade do processo de socialização contemporâneo. *Tempo Social*, Revista de sociologia da USP, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 335-350, nov. 2005.

SILVEIRA, M. M. et al. Educação e inclusão digital para idosos. *Revista Novas Tecnologias na Educação*, Porto Alegre, v. 8, n. 2, 8p., jul. 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/renote/article/viewFile/15210/9523>>. Acesso em: 26 set. 2010.

SOIREFMANN, M. et al. Telemedicina: uma revisão da literatura. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 116-119, 2008.

SOUZA, N. M.; CARVALHO, T. B. *Condições de Vida e Saúde de Idosos Associados e não Associados do Centro de Convivência dos Idosos da Cidade de Barbosa-SP*. 76 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Saúde São Paulo, Penápolis, 2009.

SOUZA, I. S.; SOUZA, C. A. O poder do rádio na era da educação à distância. In: Congresso Internacional de Educação à Distância. Em busca de novos caminhos e novos públicos através da educação à distância, 13, 2007, Curitiba. *Anais...* Curitiba: ABED, 2007. Disponível em: <www.abed.org.br/congresso2007/tc/53200713528PM.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2010.

STUART-HAMILTON, I. *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. [Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese]. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TAVARES, L. *Estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas*. 215 f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

TAVARES, D. M. S. et al. Qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 438-444, jul./set. 2011.

TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, Niterói, v. 15, n. 3, p. 169-173, mai./jun. 2009.

TRENTINI, C. M. et al. A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 11, n. 2, p. 191-197, 2006.

ULBRICHT, V. R.; CASSOL, M. P. Adaptando a tecnologia de comunicação e informação ao estilo do idoso para proporcionar um maior conhecimento através de sua representação cognitiva. In: Congresso Internacional de Educação a Distância, 12, 2005, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: ABED, 2005. Disponível em: <www.abed.org.br/congresso2005/por/pdf/203tcc5.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2012.

URIBE, E. V. Alto-falantes: formas autônomas de expressão e de desenvolvimento local. Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación. ALAIC. GT15 – Medios Comunitarios y Ciudadania. 1999. Disponível em:<www.eca.usp.br/associa/alaic/Congreso1999/15gt/Esmeralda%20Villegas.rtf>. Acesso em: 27 jul. 2010.

VAGETTI, G. C.; WEINHEIMER, M. S.; OLIVEIRA, V. Atendimento integral à saúde do idoso residente em instituição de longa permanência: uma experiência. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 11, p. 53-66, 2007.

VAZ, S. F. A.; GASPAR, N. M. S. *A depressão no idoso institucionalizado*: estudo em idosos residentes nos lares do Distrito de Bragança. 2009. 181fls. Dissertação (mestrado). Mestrado em Psicologia do Idoso. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Bragança, 2009.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004.

VIEIRA, P. S. et al. Terceira idade, aposentadoria e grupos de convivência. In: DIEHL, A. A.; VIEIRA, P. S.; BERTOLIN, T. E. (Orgs.). *Envelhecimento humano: experiência, diálogo e conflito*. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2011. p. 151-177.

WATANABE, H. A. W. Instituições de Longa Permanência (ILPI). In: _____. (Cols.). *Rede de atenção à pessoa idosa*. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009. p. 11-31.

WERTHEIN, J. *Crenças e esperanças*: avanços e desafios da UNESCO no Brasil. Brasília: UNESCO Brasil, 2003. 376p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Whoqol-bref*: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version.

Geneva. 1996. Disponível em: < www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2012.

YASSUDA, M. S.; SILVA, H. S. Participação em programas para a terceira idade: impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 27, n. 2, p. 207-214, abr./jun. 2010.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

ANEXOS

Anexo A. Escala de qualidade de vida WHOQOL-old

Escala de qualidade de vida WHOQOL-old

Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor, tenha em mente seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_2 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_3 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_4 Até que ponto você sente que controla seu futuro?

| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_5 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_6 Quão preocupado você está com a maneira pelo qual irá morrer?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_7 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_8 O quanto você tem medo de morrer?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_9 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

| | | | | |
|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

| | | | | |
|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

| | | | | |
|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

| | | | | |
|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

| | | | | |
|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

| | | | | |
|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

| | | | | |
|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

| | | | | |
|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

| | | | | |
|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

| | | | | |
|---------------|---------|-----------------------|-------|-------------|
| Muito infeliz | Infeliz | Nem feliz nem infeliz | Feliz | Muito feliz |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

| | | | | |
|------------|------|------------------|-----|-----------|
| Muito ruim | Ruim | Nem ruim nem boa | Boa | Muito boa |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo na sua vida?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

| | | | | |
|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

| | | | | |
|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você tem algum comentário sobre o questionário?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Anexo B. Escala de qualidade de vida WHOQOL-bref

Escala de qualidade de vida WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a toas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

| Questão | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo.

| Questão | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

| | Questão | Muito ruim | Ruim | Nem ruim nem boa | Boa | Muito boa |
|--------|--|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 1 (G1) | Como você avaliaria a sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Questão | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--------|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 2 (G4) | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

| | Questão | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|----------|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 3(F1.4) | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4(F11.3) | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5(F4.1) | O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6(F24.2) | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7(F5.3) | O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8(F16.1) | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9(F22.1) | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **Quão completamente** você tem sentido ou foi capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

| | Questão | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
|-----------|---|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 10(F2.1) | Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11(F7.1) | Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12(F18.1) | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13(F20.1) | Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14(F21.1) | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **Quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

| | Questão | Muito ruim | Ruim | Nem ruim nem bom | Bom | Muito bom |
|----------|--|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 15(F9.1) | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Questão | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
|-----------|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 16(F3.3) | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17(F10.3) | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18(F12.4) | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19(F6.3) | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20(F13.3) | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21(F15.3) | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22(F14.4) | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23(F17.3) | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24(F19.3) | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25(F23.3) | Quão satisfeito(a) você está com o seu Meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

| | | Nunca | Algumas vezes | Frequentemente | Muito frequentemente | Sempre |
|----------|---|-------|---------------|----------------|----------------------|--------|
| 26(F8.1) | Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Anexo C. Escala de Qualidade de Vida de Flanagan

Escala de Qualidade de Vida de Flanagan

A escala EQVF busca avaliar a qualidade de vida utilizando as seguintes expressões lingüísticas:



| Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Pouco Insatisfeito | Indiferente | Pouco Satisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
|--------------------|--------------|--------------------|-------------|------------------|------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Às expressões lingüísticas são atribuídos escores numa faixa de 1 a 7 pontos, conforme indicado acima. Responda cada um dos itens abaixo assinalando o escore que indica seu grau de satisfação em relação aos seguintes aspectos de sua vida:

| Qual a sua satisfação em relação à: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Conforto material: casa, alimentação, situação financeira. | | | | | | | |
| 2. Saúde: fisicamente bem e vigoroso (a). | | | | | | | |
| 3. Relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: comunicação, visita ajuda. | | | | | | | |
| 4. Constituir família: ter e criar filhos. | | | | | | | |
| 5. Relacionamento íntimo com esposo(a), namorado(a) ou outra pessoa relevante. | | | | | | | |
| 6. Amigos próximos: compartilhar interesses, atividades e opiniões. | | | | | | | |
| 7. Voluntariamente, ajudar e apoiar outras pessoas. | | | | | | | |
| 8. Participação em associações e atividades de interesse público. | | | | | | | |
| 9. Aprendizagem: frequentar outros cursos para conhecimentos gerais. | | | | | | | |
| 10. Autoconhecimento: reconhecer seus potenciais e limitações. | | | | | | | |
| 11. Trabalho (emprego ou em casa): atividade interessante, gratificante que vale a pena. | | | | | | | |
| 12. Comunicação criativa. | | | | | | | |
| 13. Participação em recreação ativa. | | | | | | | |
| 14. Ouvir música, assistir TV ou cinema, leitura ou outros entretenimentos. | | | | | | | |
| 15. Socialização: “fazer amigos”. | | | | | | | |

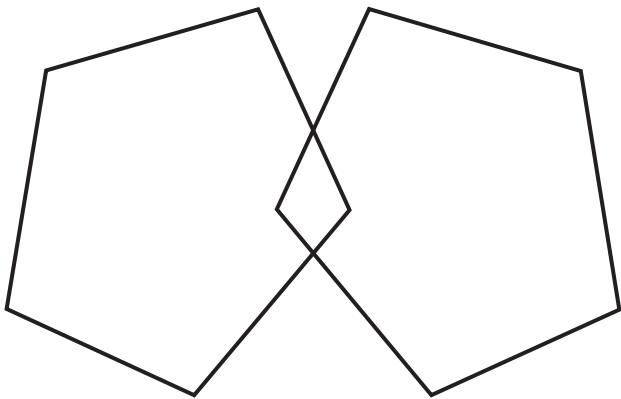
Anexo D. Escala de Depressão Geriátrica

Escala de Depressão Geriátrica - 15

| Categorias | | Não | Sim |
|------------|---|-----|-----|
| 1 | Você está basicamente satisfeito com sua vida? | 1 | 0 |
| 2 | Você deixou muitos de seus interesses e atividades? | 0 | 1 |
| 3 | Você sente que sua vida está vazia? | 0 | 1 |
| 4 | Você se aborrece com frequência? | 0 | 1 |
| 5 | Você se sente de bom humor a maior parte do tempo? | 1 | 0 |
| 6 | Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer? | 0 | 1 |
| 7 | Você se sente feliz a maior parte do tempo? | 1 | 0 |
| 8 | Você sente que sua situação não tem saída? | 0 | 1 |
| 9 | Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? | 0 | 1 |
| 10 | Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria? | 0 | 1 |
| 11 | Você acha maravilhoso estar vivo? | 1 | 0 |
| 12 | Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias? | 0 | 1 |
| 13 | Você se sente cheio de energia? | 1 | 0 |
| 14 | Você acha que sua situação é sem esperanças? | 0 | 1 |
| 15 | Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você? | 0 | 1 |
| Pontuação | | | |

Anexo E. Miniexame do Estado Mental

Miniexame do Estado Mental

| | | |
|--|---|---|
| 1) Orientação | | |
| Dia da semana | 1 | |
| Dia do mês | 1 | |
| Mês | 1 | |
| Ano | 1 | |
| Estação do ano | 1 | |
| Local específico (apartamento, corredor) | 1 | |
| Bairro ou rua próxima | 1 | |
| Cidade | 1 | |
| Estado | 1 | |
| País | 1 | |
| 2) Memória imediata | | |
| Vaso, mala, tijolo | 3 | |
| 3) Atenção e cálculo | | |
| 100-7 sucessivos | 5 | |
| 4) Evocação | | |
| Recordar as três palavras | 3 | |
| 5) Linguagem | | |
| Nomear um relógio e um lápis | 2 | |
| Repita: “Nem aqui, nem ali, nem lá”. | 1 | |
| Comando: “Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque-a no chão”. | 3 | |
| Ler e obedecer: “Feche os olhos”. | 1 | |
| Escrever uma frase | 1 | |
| Copiar o desenho | 1 | |
|  | | |
| 6) Pontuação do Miniexame do Estado Mental e diagnóstico | | |
| Presença de déficits cognitivos | | 1 |
| Ausência de déficits cognitivos | | 2 |

Anexo F. Entrevista Semiestructurada

Entrevista Semiestruturada

Nome do pesquisador:
Data da entrevista:
Hora de início da entrevista:
Cantores e músicas preferidos do entrevistado:

Tempo de duração da entrevista:
Considerações:

1. Dados gerais:

- 1 Nome: (Completo)
- 2 Data de Nascimento: (dd/mm/aaaa)
- 3 Idade: (anos)
- 4 Sexo: (F/M)
- 5 Entrada ILPI/Grupo de Convivência: (dd/mm/aa)
- 6 Estado Civil:
- 7 Filhos: (sim/não/quantos)
- 8 Escolaridade: (anos de estudo)
- 9 Aposentadoria: (sim/não)
- 10 Ocupação antes da aposentadoria:
- 11 Problemas de saúde:
- 12 Medicamentos em uso: (nome, dosagem, horários)

2. Questões relacionadas às tecnologias de informação e comunicação

2.1. Aqui na Instituição o(a) Sr.(a) já participou de atividades com outras pessoas que também moram aqui? **CASO TENHA PARTICIPADO PERGUNTAR:** Como o(a) Sr.(a) conheceu essas atividades? Há quanto tempo participa? Pretende continuar participando? O que o(a) Sr.(a) achou das atividades desenvolvidas com outras pessoas que também moram aqui na Instituição? **CASO NÃO TENHA PARTICIPADO PERGUNTAR:** O que o(a) Sr.(a) acha da possibilidade de participar de algumas atividades aqui na Instituição com outras pessoas que também moram aqui?

2.2. O(a) Sr.(a) lembra quando escutou rádio pela primeira vez? Tinha quantos anos? E foi na sua casa? **CASO NÃO TENHA SIDO NA CASA PERGUNTAR:** Onde foi? E TV, lembra da primeira vez que viu? Tinha quantos anos? E lembra do programa? E foi na sua casa? **CASO NÃO TENHA SIDO NA CASA PERGUNTAR:** Onde foi? Quanto ao telefone, o(a) Sr.(a) lembra quando utilizou pela primeira vez? Tinha quantos anos? E além do rádio, TV e telefone tem um outro equipamento, alguma coisa que você usava para receber notícias e se comunicar que você lembra?

2.3. Qual é a sua opinião sobre a possibilidade das pessoas se comunicarem umas com as outras por meio do rádio, da TV, do telefone, do computador, das cartas, jornais, entre outras formas de comunicação e informação?

2.4. O que as tecnologias de informação e comunicação, como, por exemplo, rádio, TV, telefone e computador representam para o(a) Sr.(a)?

| Categorias | Sim | Não | N.S./N.R. |
|--|-----|-----|-----------|
| Um desafio | | | |
| Uma dificuldade | | | |
| Uma distração | | | |
| Uma possibilidade de conquista | | | |
| Um instrumento a ser dominado | | | |
| Uma aventura | | | |
| Algo que assusta | | | |
| Algo diferente | | | |
| Um meio que possibilita novas conquistas | | | |
| Um meio para adquirir conhecimento | | | |
| Algo a aprender | | | |
| Algo que não desperta nenhum interesse | | | |

3. Questões relacionadas às atividades de lazer praticadas na instituição

3.1. No seu tempo livre o(a) Sr.(a) faz ou participa de alguma dessas atividades?

| Categorias | Sim | Não | N.S./N.R. |
|------------------------------------|-----|-----|-----------|
| Ouvir rádio | | | |
| Assistir televisão | | | |
| Ler jornal | | | |
| Ler revistas ou livros | | | |
| Receber visitas | | | |
| Andar pelo pátio | | | |
| Ir à Igreja ou ao Culto | | | |
| Costurar, bordar, tricotar, pintar | | | |
| Jogar carta, dama ou dominó | | | |
| Praticar jardinagem | | | |
| Outra atividade: _____ | | | |

3.2. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com as atividades que desempenha no seu tempo livre?

() Sim () Não () Não Sabe () Não respondeu

3. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com as atividades que o(a) Sr.(a) desempenha no seu tempo livre? (marcar com um “x”)

() Problemas econômicos:

() Problemas de saúde:

() Problemas com falta de motivação:

() Problemas de transporte:

() Outras razões: _____

4. Questões relacionadas ao relacionamento com os colegas

4.1. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?

() Sim () Não () Não Sabe () Não respondeu

Por que?

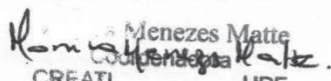
Anexo G. Autorização para a realização da pesquisa

Centro regional de estudos e Atividades para a Terceira Idade

PRONUNCIAMENTO DA INSTITUIÇÃO

Pelo presente manifesto, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Envelhecimento, Comunicação e Qualidade de vida: experiência de diálogo mediado por uma rádio-poste", estudo desenvolvido pela aluna Josemara de Paula Rocha, sob a orientação do professor Dr. Adriano Pasqualotti e co-orientação do professor Dr. Otávio José Klein, como exigência para obtenção do grau de mestre do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, junto aos idosos aos cuidados nesta instituição.

Data: 05 / 11 / 2010


Romalena Menezes Matte
COORDENADORA
CREATI UPF

Ao(à) Dra.

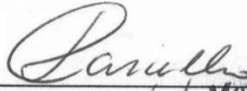
Ass. da coordenadora e carimbo da instituição

Departamento de Apoio a Terceira Idade

PRONUNCIAMENTO DA INSTITUIÇÃO

Pelo presente manifesto, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Envelhecimento, Comunicação e Qualidade de vida: experiência de diálogo mediado por uma rádio-poste", estudo desenvolvido pela aluna Josemara de Paula Rocha, sob a orientação do professor Dr. Adriano Pasqualotti e co-orientação do professor Dr. Otávio José Klein, como exigência para obtenção do grau de mestre do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, junto aos idosos aos cuidados nesta instituição.

Data: 05 / 11 / 2010


Ao(à) Dra. PI **Marcelino P. S. Neto**
Ass. da coordenadora e carimbo da instituição
Coordenador
CATI - DATI
Passo Fundo - RS
364/08

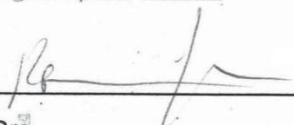
Asilo Nossa Senhora da Luz

PRONUNCIAMENTO DA INSTITUIÇÃO

Pelo presente manifesto, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Envelhecimento, Comunicação e Qualidade de vida: experiência de diálogo mediado por uma rádio-poste", estudo desenvolvido pela aluna Josemara de Paula Rocha, sob a orientação do professor Dr. Adriano Pasqualotti e co-orientação do professor Dr. Otávio José Klein, como exigência para obtenção do grau de mestre do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, junto aos idosos aos cuidados nesta instituição.

Data: 03 / 11 / 2010

LAR DE IDOSOS NOSSA SENHORA DA LUZ
Rua General Daltrio Filho, 800
Bairro Lucas Araújo - Fone 3313-2492
Passo Fundo - RS



Ao(à) Dra.

Ass. da coordenadora e carimbo da instituição

Lar Recanto Feliz

PRONUNCIAMENTO DA INSTITUIÇÃO

Pelo presente manifesto, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Envelhecimento, Comunicação e Qualidade de vida: experiência de diálogo mediado por uma rádio-poste", estudo desenvolvido pela aluna Josemara de Paula Rocha, sob a orientação do professor Dr. Adriano Pasqualotti e co-orientação do professor Dr. Otávio José Klein, como exigência para obtenção do grau de mestre do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, junto aos idosos aos cuidados nesta instituição.

Data: 03 / 11 / 2010



Ao(à) Dra.

Ass. da coordenadora e carimbo da instituição

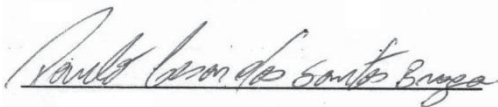


Abrigo São José

PRONUNCIAMENTO DA INSTITUIÇÃO

Pelo presente manifesto, autorizo a realização da pesquisa intitulada “Envelhecimento, Comunicação e Qualidade de vida: experiência de diálogo mediado por uma rádio-poste”, estudo desenvolvido pela aluna Josemara de Paula Rocha, sob a orientação do professor Dr. Adriano Pasqualotti e co-orientação do professor Dr. Otávio José Klein, como exigência para obtenção do grau de mestre do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, junto aos idosos aos cuidados nesta instituição.

Data: 03 / 11 / 2010



Ao(à) Dra.

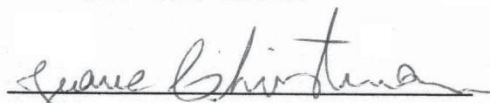
Ass. da coordenadora e carimbo da instituição

Residencial Ville De La Vie

PRONUNCIAMENTO DA INSTITUIÇÃO

Pelo presente manifesto, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Envelhecimento, Comunicação e Qualidade de vida: experiência de diálogo mediado por uma rádio-poste", estudo desenvolvido pela aluna Josemara de Paula Rocha, sob a orientação do professor Dr. Adriano Pasqualotti e co-orientação do professor Dr. Otávio José Klein, como exigência para obtenção do grau de mestre do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, junto aos idosos aos cuidados nesta instituição.

Data: 04 / 11 / 2010



Ao(ã) Dra.

Ass. da coordenadora e carimbo da instituição

0.286.449/0001-11

Residencial Ville de La Vie Ltda.

Rua Lava Pés nº 293 B
Bairro Petrópolis - CEP 99050-040
Passo Fundo - RS

Anexo H. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 449/2010

O Comitê de Ética em Pesquisa – UPF, em reunião no dia 01/12/10, analisou o protocolo de pesquisa **“Envelhecimento, comunicação e qualidade de vida: experiência de diálogo mediado por uma rádio-poste”**, CAAE nº 0231.0.398.000-10, de responsabilidade da pesquisadora **Josemara de Paula Rocha**.

O projeto tem como objetivo estudar os conhecimentos que indivíduos em Instituições de Longa Permanência para Idosos e indivíduos participantes de grupos de terceira idade têm sobre comunicação, informação e tecnologias, e os possíveis efeitos da criação de um espaço de diálogo mediado por uma rádio-poste sobre a qualidade de vida dos participantes. O estudo será realizado na cidade de Passo Fundo – RS envolvendo dois grupos de indivíduos com idade de sessenta anos ou mais. O primeiro será formado por 30 participantes dos grupos de terceira idade CREATI (Centro Regional de Estudos e Atividades Para a Terceira Idade) da Universidade de Passo Fundo e DATI (Divisão de Atenção ao Idoso) da Prefeitura Municipal de Passo Fundo. O segundo será formado por 30 indivíduos residentes em 4 instituições de longa permanência para idosos do município de Passo Fundo (Asilo Nossa Senhora da Luz, Lar Recanto Feliz, Abrigo São José e Residencial Ville De La Vie). Para a coleta de dados serão utilizados os seguintes instrumentos: escalas de qualidade de vida WHOQOL-old e WHOQOL-bref, Minixame do Estado Mental e Escala de Depressão Geriátrica. Além disso os participantes deverão responder a uma entrevista semi-estruturada abordando dados sócio-demográficos, significação frente às tecnologias de informação e comunicação, relacionamento com os colegas e atividades de lazer. A intervenção consistirá de um período de seis meses, com programações exibidas por uma rádio-poste montada dentro de cada instituição, duas horas cada dia, dois dias da semana, um mês em cada instituição. As atividades proporcionarão um espaço de trocas de experiências e reflexão entre os participantes, construindo conhecimentos, dentre os temas, tecnologias de informação e comunicação e educação para cuidados com a saúde, entre outros.

Após a análise o Comitê considerou o projeto relevante. Foram apontadas pendências no protocolo, as quais foram atendidas pela pesquisadora. Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos da pesquisadora e das instituições envolvidas estavam presentes.

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

A pesquisadora deverá apresentar relatório a este CEP ao final do estudo.

Situação: PROTOCOLO APROVADO

Passo Fundo, 22 de dezembro de 2010.

APÊNDICES

Apêndice A. Exemplo de script de programação da rádio-poste

Rádio Ville de La Vie

Terceiro dia = Percepção subjetiva da qualidade de vida = 7 de setembro de 2011

Objetivo.

Entender o que significa qualidade de vida para cada um; o que pode estar envolvido numa boa ou má qualidade de vida; se eles têm uma boa ou má qualidade de vida na percepção deles; o que acham importante para tal; como está a qualidade de vida agora e como era antes da ILPI/GTI. Também buscar compreender se eles conseguem relacionar a qualidade de vida com as tecnologias de informação e comunicação.

1. O que significa qualidade de vida para você?
2. Dinâmica.
3. O que é importante para você ter uma qualidade de vida boa?
4. O que torna a qualidade vida ruim?
5. Você considera sua qualidade de vida como boa ou ruim? Por quê?
6. Você acha que as conversas que você tem diariamente com funcionários e colegas contribuem na sua qualidade de vida? Por quê?
7. A comunicação e o acesso às informações que você precisa são importantes para uma qualidade de vida boa? Como seria sua vida sem as TIC's?
8. O quanto as TIC's contribuem para aumentar a sua qualidade de vida, numa nota de 1 a 10? Por quê?
9. Você acha que a sua qualidade de vida pode melhorar ou piorar? Por quê?
10. O que poderia ser feito para melhorar a qualidade de vida em relação à comunicação e a informação onde você mora?
11. Vocês gostaram do que fizemos na rádio hoje?
12. Gostaram de falar?
13. Tem alguma coisa importante que você aprendeu hoje e gostaria de falar para nós?
14. Para o próximo dia vocês gostariam que acrescentássemos alguma atividade?

“Antes de falar ao microfone, dizer sempre nome e idade.”

(vinheta: 1_dissertacao_vinheta_Jornalismo[1])

(vinheta: 2_dissertacao_vinheta_abertura_obrigatoria)

Apresentação

Pesquisadora: Boa tarde!!

Pesquisadora: Hoje é dia 7 de setembro de 2011. É quarta-feira de inverno. Nosso dia está nublado, mas agradável.

Pesquisadora: Desejamos um excelente encontro e que possamos aprender muito neste dia.

Pesquisadora: Agradeço a participação e disposição de vocês para este programa e quero agradecer as pessoas que contribuíram no encontro anterior a este. “DA”, “ED” ,

MI”, “CA”, “DE”, “DA”, “NE”, “ER”, “ZE” e todos os funcionários que nos deram a maior força e ajudaram a ‘tocar o baile’.

Pesquisadora: Guardei as palavras da “MI” sobre tolerância, a “ED” dançando com a “NE”. Foi uma tarde sábado admirável.

Pesquisadora: No segundo dia da nossa rádio nós conversamos sobre “comunicação”, “informação” e “tecnologias de informação e comunicação”. Meu objetivo era desenvolver um conceito, dar um significado a estas palavras trocando nossas experiências. E construímos juntos algumas respostas que leio agora.

Pesquisadora: A explicação do termo comunicação era de que envolvia apenas uma conversa e enquanto informar seria dar uma notícia, então eu apresentei para vocês alguns conceitos e expliquei como ocorria o processo de comunicação.

Pesquisadora: À respeito de ser chamada de tia ou vó por estranhos não é levada para mal, mas como uma forma de carinho, ao contrário do que se poderia pensar. Notícias e músicas são o que mais chama atenção na rádio. “MI” relatou que numa casa em silêncio não dá para viver e cresceu que o rádio não exige a permanência na frente do aparelho como o rádio que se deixa ligado enquanto se vai fazendo outras atividades.

Pesquisadora: É isso mesmo que vocês gostariam de dizer? Querem acrescentar algo às respostas?

Pesquisadora: Um abraço a todos. Hoje uma tarde de chuva um pouco fria, mas muito bonita. Peço que cada um de vocês, meus queridos radialistas, que se apresentem, dizendo seus nomes e dando o seu recado aos ouvintes.

Pesquisadora: Dando continuidade as nossas atividades, hoje estaremos conversando sobre qualidade de vida e a sua relação com a comunicação.

Pesquisadora: Rápido intervalo para apreciarmos a música de Gildo de Freitas. [3_dissertacao_musica_gildo_de_freitas_03_baile_do_chico_torto](#)

Dia da semana – Dia do mês – fase da lua

Pesquisadora: Que dia é hoje? Alguém pode me lembrar?

Entra a vinheta: (vinheta: [4_dissertacao_vinheta_Hora5](#))

Pesquisadora: Hoje é dia 7 de setembro de 2011. É quarta-feira e são Pesquisadora horas e Pesquisadora minutos. Quanto a fase da lua, estamos em tempo de lua crescente, e a na estação do ano, inverno.

Música: [5_dissertacao_musica_tonico_tinoco_o_menino_da_porteira](#)

E a previsão do tempo para este dia...

(vinheta: [6_dissertacao_vinheta_green_sun_space_traveller](#))

Pesquisadora: Hoje em Passo Fundo o tempo seguirá nublado e com chuva. A temperatura máxima prevista é de 19 graus e a mínima de 7 graus. A previsão de pancadas segue amanhã.

[<http://clictempo.clicrbs.com.br/previsaodotempo.html/brasil/PassoFundo-RS/>]

(música: [7_dissertacao_musica_irmaos_bertussi_oh_de_casa](#))

(vinheta: [8_dissertacao_vinheta_andrei_machado_la_mi_realidad](#))

Santos do dia:

Pesquisadora. E hoje é comemorado o dia de Santa Regina e São Clodoaldo.

Pesquisadora: Santa Regina Regina ou Reine, seu nome no idioma natal, viveu no século III, em Alise, antiga Gália, França. Seu nascimento foi marcado por uma tragédia familiar, especialmente para ela, porque sua mãe morreu durante o parto. Por essa razão a criança precisou de uma ama de leite, no caso uma cristã. Foi ela que a inspirou nos caminhos da verdadeira fé e da virtude. Na adolescência, a própria Regina pediu para ser batizada no cristianismo, embora o ambiente em sua casa fosse pagão. A cada dia, tornava-se mais piedosa e tinha a convicção de que queria ser esposa de Cristo. Nunca aceitava o cortejo dos rapazes que queriam desposá-la, tanto por sua beleza física como por suas virtudes e atitudes, que sempre eram exemplares. Ela simplesmente se afastava de todos, preferindo passar a maior parte do seu tempo reclusa em seu quarto, em oração e penitência. Entretanto o real martírio de Regina começou muito cedo, e em sua própria casa. O seu pai, um servidor do Império Romano chamado Olíbrio, passou a insistir para que ela aprendesse a reverenciar os deuses. Até que um dia recebeu a denúncia de que Regina era uma cristã. No início não acreditou, mas decidiu que iria averiguar bem o assunto. Quando Olíbrio percebeu que era verdade, denunciou a própria filha ao imperador Décio, que seduziu-a com promessas vantajosas caso renegasse Cristo. Ao perceber que nada conseguiria com a bela jovem, muito menos removê-la de sua fé, ele friamente a mandou para o suplício. Regina sofreu todos os tipos de torturas e foi decapitada. O culto a santa Regina difundiu-se por todo o mundo cristão, sendo que suas relíquias foram várias vezes transladadas para várias igrejas.

Pesquisadora: São Clodoaldo nasceu por volta do ano 530 d.C., era neto do primeiro rei da França, foi convertido ao cristianismo por obra de sua santa esposa Clotilde, e recebeu sólida formação. Quando menino, teve que assistir o massacre de seus irmãos por parte dos pagãos rebeldes e inimigos políticos do pai, rei de Orléans. Já adulto, obedeceu não a voz da vingança, mas a do Senhor que o chamou para a vida consagrada num mosteiro, como sacerdote e missionário. Cortou os longos cabelos, que era um sinal de autoridade e virilidade nos povos daqueles tempos e renunciou aos direitos do trono. Tornando-se pelo amor e sacrifício, um símbolo frances, tanto do ideal cristão da santidade, quanto de príncipe virtuoso. A tradição nos garante que Clodoaldo viveu de modo heróico sua vida religiosa monástica, e que produziu muitos frutos como sacerdote e missionário, até sua morte na região de Nogent, perto de Paris, onde surgiu uma igreja em sua memória.

[http://www.catolicanet.com/?system=santododia&action=ver_santos&data=07/09]

Pesquisadora: Agora sabendo o nome do santo deste dia, vamos meditar a seguinte a frase, ouça-a e guarde-a com você.

[vinhetas: http://www.pedroozorio.com.br/Vinhetas/vinhetas_1.htm]

(vinheta: 9_dissertacao_vinheta_green_sun_space_traveller)

Frase do dia:

"Mede a saúde pela alegria que te causam a manhã e a primavera." (Henry David Thoreau)

"Saúde é algo que faz você achar que agora é a melhor época do ano." (Franklin P. Adams)

[<http://www.sitequente.com/frases/saude.html>]

Pesquisadora: Uma música para vocês meus queridos e corajosos radialistas:
música:

10_dissertacao_musica_os_monarcas_cinco_caudilhos

11_dissertacao_musica_roberto_carlos_1962_madalena

12_dissertacao_musica_martinho_da_vila_canta_canta_minha_gente

13_dissertacao_musica_vitor_e_leo_que_vida_boa

Pesquisadora: Muito interessante nossa frase, que relaciona a saúde com os nossos sentimentos. E, falando em sentimentos, muitos fatos importantes aniversariam na data de hoje, escutamos alguns.

Comemorações deste dia:

Hoje é o dia da Independência do Brasil ou dia da pátria.

Por isso vamos cantar juntos o hino brasileiro.

14_dissertacao_musica_hino_nacional_brasileiro

[http://pt.wikipedia.org/wiki/7_de_setembro]

Pesquisadora: Passando da história para o dia de hoje, o que os astros têm a dizer para este dia?

(vinheta: 15_dissertacao_vinheta_camille_saint_saëns_6_etudes)

Horóscopo do dia

Áries (21/3 a 20/4): Contato áspero entre Lua e Marte traz impaciência, mas também consciência do quanto ainda será preciso caminhar para se sentir firme e sem desafios na profissão. Metas devem ser revistas, escolha e focalize as importantes.

Touro (21/4 a 20/5): Pela manhã contato suave entre Lua, Sol e Vênus beneficia os virginianos com sensibilidade. Mais popular, aberto à vida social, pode tomar decisões positivas em qualquer setor. Depois, deve ter cuidado com encontros familiares e amorosos.

Gêmeos (21/5 a 20/6): Mercúrio e Netuno em ângulo de confusão borram seu julgamento para assuntos triviais e técnicos. Preconceitos fazem você errar; não se fie em informações vagas - cheque antes de tomar decisões. Viagens decepcionantes. Seja suave no amor.

Câncer (21/6 a 21/7): Marte e Lua acirram alteração de humor e impaciência, atraindo antipatia e animosidade. Faça um esforço maior pra não sair por ai brigando com meio mundo. Quem disse que você não vacila, não tem defeito, não erra nunca? Mais humildade...

Leão (22/7 a 22/8): Astral difícil para você, que tem de encarar males e mudanças de humor, vulnerável e sensível que está hoje. Se possível, suspenda atividades sociais;

melhor diminuir o ritmo. Problemas com mulheres. Leoninas devem duplicar cuidados consigo.

Virgem (23/8 a 22/9): Vênus e Marte favorecem um dia romântico, de muita sensualidade, bom para usufruir das coisas simples e boas que a natureza tem. Apesar de toda essa simplicidade, estará sofisticado e atento aos desejos de seu amor. Sucesso afetivo e social.

Libra (23/9 a 22/10): Perrengues familiares nesta data cívica levam você a duvidar do seu valor! O problema tem a ver com aplicação de recursos - vale o que for essencial para você e os seus. Difícil concordância geral hoje. Aguarde fim de semana.

Escorpião (23/10 a 21/11): Feriado bom pra você ler, meditar, caminhar no parque, ir ao cinema, cultivando a calma! Mercúrio e Netuno atrapalham seu juízo crítico, adie até 2ª feira próxima as decisões que envolvam viagens, dinheiro ou relações familiares. Amor em baixa.

Sagitário (22/11 a 21/12): Sol e Júpiter ainda o beneficiam no sentido social e financeiro, mas nada de abusos: armadilhas e enredos estranhos tendem a enganá-lo hoje, dia em que seus sentidos estão menos alertas. Viagens problemáticas. Amores idem.

Capricórnio (22/12 a 20/1): Como você está hoje mais sensível, escolha com cuidado a companhia deste feriado, evitando se irritar e chatear. Provável erro de avaliação sobre dinheiro e finanças - contempore até tudo clarear. Saiba lidar com imprevistos familiares.

Aquário (21/1 a 19/2): Perigoso dar rédea solta a imaginações e ficções sobre a vida real de hoje até a próxima 2ª feira. Não prometa nada, canalize seu ímpeto criativo para as artes, cuide da saúde, evite excessos. Principalmente não doure a verdade.

Peixes (20/2 a 20/3): Tenha tato hoje com os mais chegados, pois mudanças de planos estão para acontecer. Lua e Marte sinalizam conflitos e desacordos familiares, mas você tem chance de contornar isso sendo objetivo e observador. Controle impulsividade.

[www1.folha.uol.com.br/horoscopo]

Pesquisadora: Então hoje dia 7 de setembro de 2011, a hora certa (vinheta: 16_dissertacao_vinheta_Hora9).

Pesquisadora: Após receber as orientações dos astros chegou à hora do MOMENTO DA VOZ...

Vinheta: (17_dissertacao_vinheta_filipa_andrade_ouro_preto_choro)

Momento da voz

Pesquisadora: Esta parte do programa é específica para que você fale e escute seus colegas. Queremos promover através do diálogo a construção de conhecimentos entre nós, e que possamos, desta forma, pensar nossa qualidade de vida.

Pesquisadora: O principal objetivo da comunicação é a interação, também chamada de empatia (BERLO, 2003). Interação significa se colocar dentro da personalidade da outra pessoa com quem se comunica, acreditamos que a qualidade de vida pode ser influenciada pelo tipo de comunicação que adotamos. Neste momento vamos aprofundar nossa discussão sobre qualidade de vida e juntos tentarmos visualizar como está nossa qualidade de vida e nossa comunicação. A pergunta inicial é:

Pesquisadora: Em nosso primeiro dia aprendemos um pouco sobre nós mesmos, como gostamos de ser chamados e como funciona uma rádio. Enquanto no segundo dia, conversamos e compreendemos o que é a comunicação e a informação, a linguagem, a língua, a fala e as tecnologias de informação e comunicação.

Pesquisadora: Hoje nós vamos conversar sobre “qualidade de vida”. O que isso significa, como está a nossa qualidade de vida e qual a relação desta, da qualidade de vida, com as tecnologias de informação e comunicação. Vamos começar com uma leitura que a “ED” nos fará para que possamos refletir sobre o assunto.

DEFICIÊNCIAS

Deficiente é aquele que não consegue modificar a vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino.

Louco é quem não procura ser feliz com o que possui

Cego é aquele que não vê seu próximo morrer de frio, de fome, de miséria, e só tem olhos para seus míseros problemas e pequenas dores.

Surdo é aquele que não tem tempo de ouvir um desabafo de um amigo, ou apelo de um irmão. Pois está sempre apressado para o trabalho e quer garantir seus tostões no fim do mês.

Mudo é aquele que não consegue falar o que sente e se esconde por trás da máscara da hipocrisia

Paralítico é quem não consegue andar na direção daquelas que precisam de sua ajuda.

Diabético é quem não consegue ser doce

Anão é que não sabe deixar o amor crescer. E, finalmente, a pior das deficiências é ser miserável, pois:

Miseráveis são todos que não conseguem falar com Deus.

1. O que significa qualidade de vida para você?

2. Dinâmica

Pesquisadora: Você precisa fazer uma viagem, mas poderá carregar somente uma mala, e nesta forma o que você levaria?

Pesquisadora: Pensemos na seguinte situação: Na mala cabem apenas 3 itens. Esta viagem será para a vida toda, não podendo retornar, desta. O que levariam?

(Tempo para respostas)

Pesquisadora: Diante destas respostas, podemos concluir que o nem tudo que é importante para um indivíduo é para outro.

Pesquisadora: Porém, nenhuma resposta pode ser considerada como verdade absoluta, sendo que a qualidade de vida é influenciada por muitos fatores. Iniciando pelo local onde nascemos, batismo (nem sempre pela mesma religião), política, cultura, condição financeira (entrada no mercado de trabalho), saúde, moradia, perdas na família, entre outros.

Pesquisadora: De acordo com as expectativas criadas dentro destes fatores é que classificamos nossa qualidade de vida.

3. O que é importante para você ter uma qualidade de vida boa?

4. O que torna a qualidade vida ruim?

5. Você considera sua qualidade de vida como boa ou ruim? Por quê?

Pesquisadora: O termômetro de nossa qualidade de vida são nossos sentimentos de bem-estar, tranquilidade, felicidade... Isso porque mesmo que se tenha todo o recurso financeiro, muitas vezes o sentimento pode ser de tristeza e abandono, neste caso não se pode considerar a qualidade de vida totalmente boa. São muitas as necessidades a suprir.

Pesquisadora: Quero apresentar à vocês a pirâmide das necessidades de Abraham Maslow para atingir a autorrealização.

- necessidades fisiológicas (básicas), tais como a fome, a sede, o sono, o sexo, a excreção, o abrigo;

- necessidades de segurança, que vão da simples necessidade de sentir-se seguro dentro de uma casa a formas mais elaboradas de segurança como um emprego estável;

- necessidades sociais ou de amor, afeto, afeição e sentimentos tais como os de plano de saúde ou um seguro de vida;

- necessidades de estima, que passam por duas vertentes, o reconhecimento das nossas pertencer a um grupo ou fazer parte de um clube;

capacidades pessoais e o reconhecimento dos outros face à nossa capacidade de adequação às funções que desempenhamos; - necessidades de auto-realização, em que o indivíduo procura tornar-se aquilo que ele pode ser: "What humans can be, they must be: they must be true to their own nature!" (Tradução: "O que os humanos podem ser, eles devem ser: Eles devem ser verdadeiros com a sua própria natureza)."

Pesquisadora: "É neste último patamar da pirâmide que Maslow considera que a pessoa tem que ser coerente com aquilo que é na realidade... temos de ser tudo o que somos capazes de ser, desenvolver os nossos potenciais".

[http://pt.wikipedia.org/wiki/Hierarquia_de_necessidades_de_Maslow]

Músicas:

18_dissertacao_musica_jose_mendes_nao_aperta_aparicio

19_dissertacao_musica_milionario_e_jose_rico_viva_a_vida

20_dissertacao_musica_gaicho_da_frenteira_para_pedro

21_dissertacao_musica_os_serranos_bailanta_do_tiburcio

6. As conversas que você tem diariamente com funcionários e colegas interferem na sua qualidade de vida? Por quê?

Pesquisadora: Realmente é importante, que tenhamos um bom relacionamento com as pessoas que convivem conosco diariamente. O primeiro fundamento para um bom relacionamento é procurar compreender e tolerar as diferenças no pensar e agir dos outros.

7. A comunicação e o acesso às informações que você precisa são importantes para uma qualidade de vida boa? Como seria sua vida as TIC's?

Pesquisadora: A capacidade de comunicação permite ao ser humano procurar pessoas e informá-las de suas necessidades.

Pesquisadora: O bebê avisa que está com fome através do choro, que está com dor, por gemidos ou gritos. As expressões de nosso corpo também representam uma forma de comunicação, a fala objetivou essa comunicação, ao facilitar a transmissão da informação. Porém, a capacidade de propagação não encontraria um número grande de pessoas se não existissem os meios de comunicação.

Pesquisadora: Antes de surgirem os meios de comunicação (jornal, rádio...) os conhecimentos que eram produzidos na saúde (vacinas, remédios...) e os fatos (políticos, econômicos...) de outros estados, regiões e países demoravam muito tempo até que tomássemos conhecimento deles.

Pesquisadora: A possibilidade de conhecer as descobertas na saúde, prever o clima, de saber como está a economia do país que revende o alimento que consumimos ou uma guerra em um país distante, permitiu uma capacidade de adaptação as adversidades com antecedência.

Pesquisadora: Segundo os estudos isso influenciou na qualidade de vida das pessoas e no aumento da expectativa de vida, mais pessoas estão vivendo mais. Porém há uma desigualdade da distribuição das informações. Algumas tecnologias, ou equipamentos só são acessíveis dependendo do poder aquisitivo de cada um ou da realidade social e cultural.

Pesquisadora: Pensamos nas tecnologias as quais temos acesso, destinadas a comunicação e a informação.

8. O quanto as TIC's contribuem para aumentar a sua qualidade de vida, numa nota de 1 a 10? Por quê?

Pesquisadora: Diante da realidade que nos foi apresentada...

9. Você acha que a sua qualidade de vida pode melhorar ou piorar? Por quê?

Pesquisadora: A música é um meio de comunicação, algumas delas até falam por nós, neste momento vamos conferir algumas músicas sugeridas por vocês...

Músicas:

22_dissertacao_musica_os_serranos_e_disso_que_o_velho_gosta

23_dissertacao_musica_roberto_carlos_1971_debaixo_dos_caracois_dos_seus_

24_dissertacao_musica_roberto_leal_verde_vinho

25_dissertacao_musica_tonico_tinoco_beijinho_doce

26_dissertacao_musica_teixeirinha_saudades_de_passo_fundo

Pesquisadora: Após um pouco de música para alegrar os corações, voltamos a nossa conversa sobre qualidade de vida...

10. O que poderia ser feito para melhorar a qualidade de vida em relação à comunicação e a informação onde você mora?

Pesquisadora: Diante da exposição das necessidades, e agora conhecendo um pouco do que é fundamental para se ter uma boa qualidade de vida, pode-se trabalhar nelas para que a qualidade de vida melhore.

Pesquisadora: Alguém já escutou radionovela? De qual você se lembra?

Para ouvir e recordar

Pesquisadora: Neste momento eu os convido para ouvir mais um capítulo da novela Despertar de um coração, espero que gostem

Autora: Heleninha Bortone

[http://downloads.topgyn.com.br/radionovelas/radio_novela01/index.php]

Pesquisadora: Muito linda esta radionovela, ao longo destes dias, vamos ir acompanhando esta história e descobrir o que acontecerá à Ana.

(27_radionovela_despertar_de_um_coracao_cap02)

Pesquisadora: Mas agora vamos saber quais são as principais notícias do dia?
[<http://wp.clicrbs.com.br/passofundo/noticias/>]

Notícias do dia

(vinheta: 28_dissertacao_vinheta_Jornalismo[1])

Pesquisadora: anuncia as notícias.

1. Mais de 8 mil pessoas acompanharam o desfile que comemora a Independência

No desfile que comemora a Independência do Brasil, cerca de 5 mil pessoas passaram pela avenida 7 de Setembro. Três mil a mais do que o desfile de 2010, que contou com a participação de 2 mil pessoas. O público foi de mais de 8 mil pessoas, segundo a Secretaria de Desporto e Cultura. Nem o frio de cerca de 11° e a chuva que iniciou por volta das 10h atrapalharam o desfile. Passaram pela avenida militares, escolas, escoteiros, grupos de terceira idade, clubes e grupos de amantes de Fuscas e motocicletas.

2. Polícia prende três pessoas com 108 pacotes de maconha na região

A Brigada Militar do Posto Fiscal de Iraí prendeu esta tarde dois homens , de 23 e 30 anos, e uma mulher, de 28 anos, que estavam transportando maconha e pasta base de cocaína. A apreensão foi durante uma abordagem de rotina na rodovia Frederico Westphalen-Iraí (BR-386). Segundo a polícia, a droga partiu do Paraguai com destino à Pelotas, no sul do Estado. No total foram apreendidos 108 pacotes de maconha, dois pacotes de pasta base de cocaína, uma pistola 9mm, 150 munições intactas e oito celulares. A droga estava distribuída em dois automoveis, um Ômega, com placa de Canguçu, e um Kadet, com placa de Pelotas. Os veículos também foram recolhidos pelos policiais. Todo o material apreendido e os presos foram encaminhados para a Delegacia da Polícia Federal de Santo Ângelo. Os três detidos devem responder por tráfico de drogas.

Agradecimentos

Pesquisadora: Foi uma tarde muito proveitosa, obrigada por estarem conosco neste dia, refletindo e aprendendo juntos sobre a comunicação e a qualidade de vida.

11. Vocês gostaram do que fizemos na rádio hoje?

12. Gostaram de falar?

13. Tem alguma coisa importante que você aprendeu hoje e gostaria de falar para nós?

14. Para o próximo dia vocês gostariam que acrescentássemos alguma atividade?

Pesquisadora: Obrigada pela participação, mais uma vez, e escutemos agora a mensagem final deste dia.

(vinheta: 29_dissertacao_vinheta_mark_schwindt_mirror)

Mensagem final

Dois homens, ambos gravemente doentes, estavam no mesmo quarto de hospital. Um deles podia se sentar na sua cama durante uma hora, todas as tardes, para que os fluidos circulassem nos seus pulmões.

A sua cama estava junto da única janela do quarto.

O outro homem tinha que ficar sempre deitado de costas.

Os homens conversavam horas e horas. Falavam das suas mulheres, famílias, das suas casas, dos seus empregos, dos seus aeromodelos, onde tinham passado as férias...

E todas as tardes, quando o homem da cama perto da janela se sentava, passava o tempo a descrever ao seu companheiro de quarto todas as coisas que conseguia ver do lado de fora da janela.

O homem da cama do lado começou a viver à espera desses períodos de uma hora, em que o seu mundo era alargado e animado por toda a atividade e cor do mundo do lado de fora da janela. A janela dava para um parque com um lindo lago. Patos e cisnes chapinhavam na água enquanto as crianças brincavam com os seus barquinhos. Jovens namorados caminhavam de braços dados por entre as flores de todas as cores do arco-íris. Árvores velhas e enormes acariciavam a paisagem e uma tênue vista da silhueta da cidade podia ser vislumbrada no horizonte.

Enquanto o homem da cama perto da janela descrevia isto tudo com extraordinário pormenor, o homem no outro lado do quarto fechava os seus olhos e imaginava as pitorescas cenas.

Um dia, o homem perto da janela descreveu um desfile que ia passar: Embora o outro homem não conseguisse ouvir a banda, conseguia vê-la e ouvi-la na sua mente, enquanto o outro senhor a retratava através de palavras bastante descritivas.

Dias e semanas passaram. Uma manhã, a enfermeira chegou ao quarto trazendo água para os seus banhos, e encontrou o corpo sem vida, o homem perto da janela, que tinha falecido calmamente enquanto dormia. A enfermeira ficou muito triste e chamou os funcionários do hospital para que levassem o corpo.

Logo que lhe pareceu apropriado, o outro homem perguntou se podia ser colocado na cama perto da janela. A enfermeira disse logo que sim e fez a troca.

Depois de se certificar de que o homem estava bem instalado, a enfermeira deixou o quarto. Lentamente, e cheio de dores, o homem ergueu-se, apoiado no cotovelo, para contemplar o mundo lá fora. Fez um grande esforço e lentamente olhou para o lado de fora da janela que dava, afinal, para uma parede de tijolo!

O homem perguntou à enfermeira o que teria feito com que o seu falecido companheiro de quarto lhe tivesse descrito coisas tão maravilhosas do lado de fora da janela.

A enfermeira respondeu que o homem era cego e nem sequer conseguia ver a parede. Talvez quisesse apenas passar alguma coragem pra ele...

Moral da História:

“Existe uma felicidade tremenda em fazer os outros felizes, apesar dos nossos próprios problemas.”

“A dor partilhada é metade da tristeza, mas a felicidade, quando partilhada, é dobrada.”

[<http://www.umtoquedemotivacao.com/motivacao/moral-da-historia/>]

(vinheta: 30_dissertacao_vinheta_Jornalismo[1])

(vinheta: 31_dissertacao_vinheta_encerramento_obrigatorio)

Apêndice B. Correlação de Spearman dos domínios da qualidade de vida

Tabela 1 - Coeficiente de correlação de Spearman rho bi-caudal entre os domínios da escala de qualidade de vida Whoqol-bref no período pré-intervenção.

| | | Físico | Psicológico | Relações Sociais | Meio Ambiente | Escore Geral |
|------------------|-----|---------|-------------|------------------|---------------|--------------|
| Físico | rho | 1,000 | 0,422* | 0,559** | 0,454* | 0,196 |
| | p | | 0,045 | 0,006 | 0,029 | 0,370 |
| Psicológico | rho | 0,422* | 1,000 | 0,487* | 0,641** | 0,425* |
| | p | 0,045 | | 0,018 | 0,001 | 0,043 |
| Relações Sociais | rho | 0,559** | 0,487* | 1,000 | 0,548** | 0,298 |
| | p | 0,006 | 0,018 | | 0,007 | 0,167 |
| Meio Ambiente | rho | 0,454* | 0,641** | 0,548** | 1,000 | 0,314 |
| | p | 0,029 | 0,001 | 0,007 | | 0,145 |
| Escore Geral | rho | 0,196 | 0,425* | 0,298 | 0,314 | 1,000 |
| | p | 0,370 | 0,043 | 0,167 | 0,145 | |

*Correlação com nível de significância de $< 0,05$. ** Correlação com nível de significância de $< 0,01$.

Tabela 2 - Coeficiente de correlação de Spearman rho bi-caudal entre os domínios da escala de qualidade de vida Whoqol-bref no período pós-intervenção.

| | | Físico | Psicológico | Relações Sociais | Meio Ambiente | Escore Geral |
|------------------|-----|---------|-------------|------------------|---------------|--------------|
| Físico | rho | 1,000 | 0,611** | 0,733** | 0,724** | 0,458* |
| | p | | 0,002 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| Psicológico | rho | 0,611** | 1,000 | 0,672** | 0,452* | 0,405 |
| | p | 0,002 | | 0,000 | 0,030 | 0,055 |
| Relações Sociais | rho | 0,733** | 0,672** | 1,000 | 0,681** | 0,296 |
| | p | 0,000 | 0,000 | | 0,000 | 0,170 |
| Meio Ambiente | rho | 0,724** | 0,452* | 0,681** | 1,000 | 0,424* |
| | p | 0,000 | 0,030 | 0,000 | | 0,044 |
| Escore Geral | rho | 0,458* | 0,405 | 0,296 | 0,424* | 1,000 |
| | p | 0,028 | 0,055 | 0,170 | 0,044 | |

*Correlação com nível de significância de $< 0,05$. ** Correlação com nível de significância de $< 0,01$.

Tabela 3 - Coeficiente de correlação de Spearman rho bi-caudal entre os domínios da escala de qualidade de vida Whoqol-old no período pré-intervenção.

| | | FS | AU | PPF | PS | MM | IN | EG |
|-----|-----|---------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|
| FS | rho | 1,000 | -0,463* | -0,204 | 0,032 | 0,335 | -0,055 | 0,059 |
| | p | | 0,026 | 0,026 | 0,885 | 0,118 | 0,804 | 0,789 |
| AU | rho | -0,463* | 1,000 | 0,709** | 0,383 | 0,014 | 0,522* | 0,711** |
| | p | 0,026 | | 0,000 | 0,071 | 0,948 | 0,011 | 0,000 |
| PPF | rho | -0,204 | 0,709** | 1,000 | 0,515* | -0,005 | 0,591** | 0,726** |
| | p | 0,349 | 0,000 | | 0,012 | 0,982 | 0,003 | 0,000 |
| PS | rho | 0,032 | 0,383 | 0,515* | 1,000 | 0,241 | 0,656** | 0,812** |
| | p | 0,885 | 0,071 | 0,012 | | 0,269 | 0,001 | 0,000 |
| MM | rho | 0,335 | 0,014 | -0,005 | 0,241 | 1,000 | -0,091 | 0,308 |
| | p | 0,118 | 0,948 | 0,982 | 0,269 | | 0,680 | 0,153 |
| IN | rho | -0,055 | 0,522* | 0,591** | 0,656** | -0,091 | 1,000 | 0,771** |
| | p | 0,804 | 0,011 | 0,003 | 0,001 | 0,680 | | 0,000 |
| EG | rho | 0,059 | 0,711** | 0,726** | 0,812** | 0,308 | 0,771** | 1,000 |
| | p | 0,789 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,153 | 0,000 | |

FS: Funcionamento do sensorio. AU: Autonomia. PPF: Atividades passadas, presentes e futuras. PS: Participação social. MM: Morte e morrer. IN: Intimidade. *Correlação com nível de significância de < 0,05. ** Correlação com nível de significância de < 0,01.

Tabela 4 - Coeficiente de correlação de Spearman rho bi-caudal entre os domínios da escala de qualidade de vida Whoqol-old no período pós-intervenção.

| | | FS | AU | PPF | PS | MM | IN | EG |
|-----|-----|--------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|
| FS | rho | 1,000 | -0,189 | -0,067 | -0,108 | 0,065 | 0,018 | 0,141 |
| | p | | 0,387 | 0,762 | 0,624 | 0,769 | 0,934 | 0,520 |
| AU | rho | -0,189 | 1,000 | 0,600** | 0,645** | -0,306 | 0,636** | 0,727** |
| | p | 0,387 | | 0,002 | 0,001 | 0,156 | 0,001 | 0,000 |
| PPF | rho | -0,067 | 0,600** | 1,000 | 0,570** | -0,291 | 0,549** | 0,722** |
| | p | 0,762 | 0,002 | | 0,004 | 0,178 | 0,007 | 0,000 |
| PS | rho | -0,108 | 0,645** | 0,570** | 1,000 | -0,064 | 0,511* | 0,772* |
| | p | 0,624 | 0,001 | 0,004 | | 0,772 | 0,013 | 0,000 |
| MM | rho | 0,065 | -0,306 | -0,291 | -0,064 | 1,000 | -0,318 | 0,039 |
| | p | 0,769 | 0,156 | 0,178 | 0,772 | | 0,140 | 0,859 |
| IN | rho | 0,018 | 0,636** | 0,549** | 0,511* | -0,318 | 1,000 | 0,662* |
| | p | 0,934 | 0,001 | 0,007 | 0,013 | 0,140 | | 0,001 |
| EG | rho | 0,141 | 0,727** | 0,722** | 0,772* | 0,039 | 0,662* | 1,000 |
| | p | 0,520 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,859 | 0,001 | |

FS: Funcionamento do sensório. AU: Autonomia. PPF: Atividades passadas, presentes e futuras. PS: Participação social. MM: Morte e morrer. IN: Intimidade. *Correlação com nível de significância de < 0,05. ** Correlação com nível de significância de < 0,01.

Tabela 5 - Coeficiente de correlação de Spearman rho bi-caudal entre os domínios da escala de qualidade de vida de Flanagan no período pré-intervenção.

| | | BMF | ROP | ASCC | DRP | RE |
|------|-----|---------|---------|---------|---------|---------|
| BMF | rho | 1,000 | 0,456* | 0,598** | 0,518* | 0,630** |
| | p | | 0,029 | 0,003 | 0,011 | 0,001 |
| ROP | rho | 0,456* | 1,000 | 0,621** | 0,384 | 0,445* |
| | p | 0,029 | | 0,002 | 0,071 | 0,033 |
| ASCC | rho | 0,598** | 0,621** | 1,000 | 0,683** | 0,718** |
| | p | 0,003 | 0,002 | | 0,000 | 0,000 |
| DRP | rho | 0,518* | 0,384 | 0,683** | 1,000 | 0,692** |
| | p | 0,011 | 0,071 | 0,000 | | 0,000 |
| RE | rho | 0,630** | 0,445* | 0,718** | 0,692** | 1,000 |
| | p | 0,001 | 0,033 | 0,000 | 0,000 | |

*BMF: Bem-estar material e físico. ROP: Relacionamentos com outras pessoas. ASCC: Atividades social, comunitária e cívica. DRP: Desenvolvimento e realização pessoal. RE: Recreação. *Correlação com nível de significância de < 0,05. ** Correlação com nível de significância de < 0,01.*

Tabela 6 - Coeficiente de correlação de Spearman rho bi-caudal entre os domínios da escala de qualidade de vida de Flanagan no período pós-intervenção.

| | | BMF | ROP | ASCC | DRP | RE |
|------|-----|--------|---------|-------|---------|---------|
| BMF | rho | 1,000 | 0,486* | 0,106 | 0,316 | 0,354 |
| | p | | 0,019 | 0,631 | 0,141 | 0,098 |
| ROP | rho | 0,486* | 1,000 | 0,215 | 0,473* | 0,598** |
| | p | 0,019 | | 0,325 | 0,023 | 0,003 |
| ASCC | rho | 0,106 | 0,215 | 1,000 | 0,361 | 0,392 |
| | p | 0,631 | 0,325 | | 0,091 | 0,064 |
| DRP | rho | 0,316 | 0,473* | 0,361 | 1,000 | 0,876** |
| | p | 0,141 | 0,023 | 0,091 | | 0,000 |
| RE | rho | 0,354 | 0,598** | 0,392 | 0,876** | |
| | p | 0,098 | 0,003 | 0,064 | 0,000 | 1,000 |

*BMF: Bem-estar material e físico. ROP: Relacionamentos com outras pessoas. ASCC: Atividades social, comunitária e cívica. DRP: Desenvolvimento e realização pessoal. RE: Recreação. *Correlação com nível de significância de < 0,05. ** Correlação com nível de significância de < 0,01.*

Apêndice C. Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de consentimento livre e esclarecido ao participante

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: Envelhecimento, Comunicação e Qualidade de vida: experiência de diálogo mediado por uma rádio-poste, que será realizada no período de janeiro de 2011 à janeiro de 2012. Os objetivos desta pesquisa são estudar os conhecimentos que indivíduos institucionalizados (moradores ou participantes) em Instituições de Longa Permanência para Idosos e Grupos de Terceira Idade têm sobre comunicação, informação e tecnologias, e os possíveis efeitos da criação de um espaço de diálogo mediado por uma rádio-poste sobre a qualidade de vida dos participantes. Você não precisará se deslocar para um outro local (casa ou estabelecimento), todas as atividades serão realizadas no próprio asilo ou no local onde ocorrem os encontros do Grupo de Terceira Idade, caso você seja participante de um, e você não terá custo nenhum.

Quanto aos possíveis riscos de participação nessa pesquisa, geralmente o diálogo (conversa) não tem piorado a saúde de uma pessoa, mas caso você manifeste insatisfação durante a pesquisa, poderá desistir desse consentimento, sem nenhum prejuízo para você, para os pesquisadores ou à instituição. Uma rádio-poste é um conjunto de equipamentos, formados por caixas de som, microfones e uma pequena mesa de som (com botões para controlarmos o volume das falas, o tom das vozes e gravarmos as conversas), como um pequeno estúdio de rádio. Todos estes materiais, desde os cabos, estarão fixados no canto da sala onde serão realizadas as atividades, desta forma evitaremos o risco de quedas ou choques.

Como benefícios diretos, você estará aprendendo ou adquirindo conhecimento sobre como dialogar melhor, conhecendo um pouco das memórias de cada um, o que pensam sobre as tecnologias; você terá a oportunidade de tocar e entender como funciona uma rádio, podendo interagir a qualquer momento nos programas, para que o rádio consiga informá-los no que realmente gostariam de saber.

As atividades que serão desenvolvidas com a rádio-poste ocorrerão duas vezes por semana, em oito encontros, com duas horas de duração cada. O dia de início para cada uma será estabelecido de forma a não atrapalhar a rotina de sua vida diária. Durante a programação da rádio você estará sentado em círculo com os colegas, num determinado momento os pesquisadores apresentam um assunto e, em outro, você e seus colegas pensam e opinam sobre o mesmo, apresentando suas experiências pessoais e opiniões frente a estes conteúdos, falando ao microfone. Durante a nossa conversa, nós vamos fazer pequenos intervalos, para que você possa escutar músicas e mandar recados entre colegas, sugeridos por você e pelos outros participantes. Os assuntos sugeridos para o nosso diálogo são estes: os componentes da comunicação e da informação, o refletir sobre os próprios pensamentos, a comunicação entre pessoas, a autonomia no que se refere a individualidade de cada um, e os projetos de vida pessoal dos participantes. Além destes assuntos, conversaremos sobre a relação da comunicação e qualidade de vida, as alterações que nosso corpo sofre durante os anos que afetam a comunicação, além de temas como a relação entre as tecnologias de informação e comunicação e envelhecimento bem-sucedido, dicas de saúde e mensagens positivas.

Antes de iniciarmos estas atividades você precisará realizar uma avaliação. Esta avaliação servirá para que possamos conhecer o que você sabe sobre as tecnologias de informação e comunicação, que são os equipamentos que usamos para enviar e receber mensagens, além de podermos, entender um pouco, sobre como é a sua qualidade de vida, como está o seu estado emocional e a sua memória. Assim, depois que terminarmos nossa pesquisa, tanto você, como seus familiares e a instituição vão receber um pequeno resumo, que não irá te expor, não revelará nomes, e nem dará a entender a sua identificação, mas que permitirá entender como está a qualidade de vida, o emocional e a memória dos participantes e se uma proposta de diálogo permeada, ou facilitada, por uma rádio-poste, pode realmente manter, melhorar ou não, todas estas situações.

A avaliação durará dois dias para que não se torne cansativa para você e será feita por uma conversa e respostas à algumas perguntas. Primeiramente conversaremos sobre sua qualidade de vida, o senhor(a) não precisará escrever, apenas responder as perguntas, que serão respondidas através de uma nota, de um a cinco, em dois questionários, nesta fase acreditamos ocupar um tempo de 40 minutos, mas o senhor(a) terá o tempo necessário para responder com calma cada uma sendo 40 minutos, o tempo mínimo, geralmente. No segundo dia estaremos respondendo juntos a três outros questionários, um sobre sua memória, outro, sobre sinais de depressão e então o último, onde conversaremos sobre os significados que você dá ao rádio, a comunicação e à informação em sua vida, o que você acha dos outros aparelhos que também informam e comunicam, além do rádio, e ao valor que você dá às atividades que realiza todos os dias.

Serão feitas fotos e gravações das falas que não lhe identificarão diretamente na publicação dos resultados, à menos que você permita. Ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você também estará concordando com isso. As gravações e fotos serão apresentadas à instituição e à você antes de serem publicadas, caso venham a ser. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será mantido sigilo sobre sua participação. Após o uso dos dados necessários para a pesquisa, eles serão queimados. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa¹¹ que avaliou este estudo podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, a qualquer momento

Josemara de Paula Rocha
Rua A, Núcleo Ferroviário nº52
Passo Fundo – RS, CEP 99010-127
Fone: (54) 9638 0029
Fone do CEP: 3316 3670

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa (ou responsável)

¹¹ Poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo para esclarecimentos de dúvidas e informações sobre a pesquisa pelo telefone 54 3316 3670. Atua junto ao prédio da Reitoria. Campus I. E-mail: cep@upf.br

Apêndice D. Termo de solicitação de autorização da pesquisa

Termo de solicitação de autorização da pesquisa à instituição

Ao(à)

Diretor da instituição:

Prezado(a) diretor(a),

Ao cumprimentá-lo(a), dirigimo-nos a Vossa Senhoria para sondar a possibilidade de realizarmos uma pesquisa com os idosos internos nesta Instituição de Longa Permanência/ Grupo de Convivência no qual o(a) senhor(a) coordena. O estudo intitulado “Envelhecimento, Comunicação e Qualidade de vida: experiência de diálogo mediado por uma rádio-poste” objetiva estudar os conhecimentos que indivíduos institucionalizados em Instituições de Longa Permanência para Idosos e Grupos de Terceira Idade têm sobre comunicação, informação e tecnologias, e os possíveis efeitos da criação de um espaço de diálogo mediado por uma rádio-poste sobre a qualidade de vida dos participantes.

Serão convidadas pessoas de seis instituições como esta, e o idoso não precisará se deslocar para um outro local (casa ou estabelecimento), todas as atividades serão realizadas no próprio asilo ou no local onde ocorrem os encontros do Grupo de Terceira Idade, caso o mesmo seja participante de um, e não terá custo nenhum ao participante.

Quanto aos possíveis riscos de participação nessa pesquisa, geralmente o diálogo (conversa) não tem piorado a saúde de uma pessoa, mas caso ocorra a manifestação de insatisfação durante a pesquisa, tanto a instituição quanto o idoso poderão desistir desse consentimento, sem nenhum prejuízo para você, para os pesquisadores ou à instituição.

Uma rádio-poste é um conjunto de equipamentos, formados por caixas de som, microfones e uma pequena mesa de som (com botões para controlarmos o volume das falas, o tom das vozes e gravarmos as conversas), como um pequeno estúdio de rádio. Todos estes materiais, desde os cabos, estarão fixados no canto da sala onde serão realizadas as atividades, desta forma evitaremos o risco de quedas ou choques.

Como benefícios diretos, o participante estará aprendendo ou adquirindo conhecimento sobre como dialogar melhor, conhecendo um pouco das memórias de cada um, o que pensam sobre as tecnologias; terão a oportunidade de entender como funciona uma rádio, podendo interagindo a qualquer momento nos programas, para que o rádio consiga informá-los no que realmente gostariam de saber.

As atividades que serão desenvolvidas com a rádio-poste ocorrerão duas vezes por semana, em oito encontros, com duas horas de duração cada. Assim cada instituição terá um tempo de um mês de atividades, e o dia de início para cada uma será estabelecido de forma a não atrapalhar a rotina de vida diária dessas pessoas.

Durante a programação da rádio os idosos estarão sentados em círculo com os colegas, num determinado momento os pesquisadores apresentam um assunto e, em outro, eles pensam e opinam, apresentando suas experiências pessoais e opiniões frente a estes conteúdos. Toda a programação da rádio simulará uma rádio de “verdade”, começamos com a música de abertura, a mensagem do dia, o horóscopo, a previsão do tempo, as principais notícias do dia, para então, começarmos o nosso diálogo, que é a nossa

conversa, a nossa intervenção. Durante a nossa conversa, nós vamos fazer pequenos intervalos, para que se possa escutar músicas e mandar recados entre colegas, sugeridos por ele e pelos outros participantes.

Os assuntos sugeridos para o nosso diálogo são estes: os componentes da comunicação e da informação, o refletir sobre os próprios pensamentos, a comunicação entre pessoas, a autonomia no que se refere a individualidade de cada um, e os projetos de vida pessoal dos participantes. Além destes assuntos, conversaremos sobre a relação da comunicação e qualidade de vida, as alterações que nosso corpo sofre durante os anos que afetam a comunicação, além de temas como a relação entre as tecnologias de informação e comunicação e envelhecimento bem-sucedido, dicas de saúde e mensagens positivas.

Antes de iniciarmos estas atividades será feita uma avaliação. Esta avaliação servirá para que possamos conhecer o que os idosos sabem sobre as tecnologias de informação e comunicação, que são os equipamentos que usamos para enviar e receber mensagens, além de podermos, entender um pouco, sobre como está a qualidade de vida, o estado emocional e a memória dos mesmos. Assim, depois que terminarmos nossa pesquisa, tanto o idoso, como seus familiares e a instituição vão receber um pequeno resumo, que não irá te expô-lo, não revelará nomes, e nem dará a entender a sua identificação, mas que permitirá entender como está a qualidade de vida, o emocional e a memória dos participantes e se uma proposta de diálogo permeada, ou facilitada, por uma rádio-poste, pode realmente manter, melhorar ou não, todas estas situações.

A avaliação durará dois dias para que não se torne cansativa e será feita por uma conversa e respostas à algumas perguntas. Primeiramente conversaremos sobre a qualidade de vida, não precisarão ser escritas as respostas, apenas responder as perguntas, que serão respondidas através de uma nota, de um a cinco, em dois questionários, nesta fase acreditamos ocupar um tempo de 40 minutos, mas será disponibilizado o tempo necessário para responder com calma cada uma sendo 40 minutos, o tempo mínimo, geralmente.

No segundo dia estaremos respondendo juntos a três outros questionários, um sobre memória, outro, sobre sinais de depressão e então o último, onde conversaremos sobre os significados dados ao rádio, a comunicação e à informação a vida, valores atribuídos aos outros aparelhos que também informam e comunicam, além do rádio, e ao valor dado às atividades que realizam todos os dias.

Caso os resultados desta pesquisa sejam positivos, acreditamos que poderá ser estimulada essa atividade em outras realidades, e que venham a ser desenvolvidos dentro dessa mesma pesquisa, projetos em que os idosos possam construir programas destinados a eles mesmos, e se mantenham ativos numa outra função, aumentando o seu campo de comunicação.

As fotos e gravações das falas não identificarão o idoso na publicação dos resultados, à menos sob aprovação do mesmo. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será mantido sigilo sobre a participação do idoso. Ao findar a pesquisa, a pesquisadora compromete-se a apresentar seus resultados aos diretores a fim de contribuir no conhecimento aprofundado dos seus internos. Após o uso dos dados necessários para a pesquisa, eles serão eliminados por incineração.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa que analisou este projeto, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, a qualquer momento.

A pesquisa vincula-se ao estudo desenvolvido como exigência para obtenção do grau de mestre do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Esse estudo será desenvolvido pela aluna Josemara de Paula Rocha, sob a orientação do professor Dr. Adriano Pasqualotti e co-

orientação do professor Dr. Otávio José Klein. Com o desenvolvimento da pesquisa, buscamos responder as seguintes questões: **Quais os efeitos gerados por meio de um espaço de comunicação mediado pelo rádio em Instituições de Longa Permanência para Idosos e em Grupos de Convivência para Idosos sobre a qualidade de vida dos internos? Quais os significados e os conhecimentos que os idosos deste tipo de instituição têm acerca das tecnologias de informação e comunicação?**

O projeto, após a autorização para realização da pesquisa com os idosos que Vossa Senhoria coordena, será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo. Portanto, a pesquisa atenderá às diretrizes do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, no que se refere ao consentimento, sigilo, anonimato, benefícios e propriedade intelectual.

Agradecemos desde já a sua atenção e colaboração, e colocamo-nos a sua disposição para outros esclarecimentos¹².

Atenciosamente,

Adriano Pasqualotti
Rua José Bonifácio, 112/402
Passo Fundo – RS, CEP 99070-070
Fone: (54) 9164 1591

Josemara de Paula Rocha
Rua A, Núcleo Ferroviário nº52
Passo Fundo – RS, CEP 99010-127
Fone: (54) 9638 0029

¹² Poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo para esclarecimentos de dúvidas e informações sobre a pesquisa pelo telefone (54) 3316-3670. Atua junto ao prédio da Reitoria. Campus I. E-mail: cep@upf.br.

