

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

Vida religiosa consagrada e velhice:  
cognição, funcionalidade e necessidade de cuidado

Neuza Maria Sangiorgio Mozer

Passo Fundo

2013

Neuza Maria Sangiorgio Mozer

Vida religiosa consagrada e velhice:  
cognição, funcionalidade e necessidade de cuidado

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:  
Profa. Dra. Marilene Rodrigues Portella  
Coorientador:  
Prof. Dr. Adriano Pasqualotti

Passo Fundo

2013

CIP – Catalogação na Publicação

---

M939v Mozer, Neuza Maria Sangiorgio  
Vida religiosa consagrada e velhice : cognição,  
funcionalidade e necessidade de cuidado / Neuza Maria  
Sangiorgio Mozer. – 2013.  
126 f. : il; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –  
Universidade de Passo Fundo, 2013.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilene Rodrigues Portella.  
Coorientador: Prof. Dr. Adriano Pasqualotti.

1. Idosos - Saúde e higiene. 2. Idosos – Vida religiosa.  
3. Qualidade de vida. 4. Envelhecimento. I. Portella,  
Marilene Rodrigues, orientadora. II. Pasqualotti, Adriano,  
coorientador. III. Título.

CDU: 613.98

## ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



### ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DA ALUNA

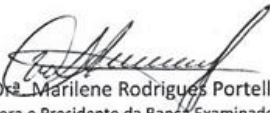
#### NEUZA MARIA SANGIORGIO MOZER

Aos vinte e três dias do mês de março do ano dois mil e treze às nove horas, realizou-se, na Sala Florence Nightingale do Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: “Vida religiosa consagrada e velhice: cognição, funcionalidade e necessidade de cuidado”, apresentada pela mestrandu Neuzu Maria Sangiorgio Mozer, 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 Marilene Rodrigues Portella - orientadora e presidente da banca examinadora (UPF), Adriano Pasqualotti, Margarita Ana Rubin Unicovsky, Marlene Doring e Luiz Antonio Bettinelli. 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, Profª. Drª. Marilene Rodrigues Portella, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.

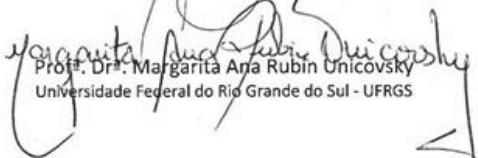
Passo Fundo, 23 de março de 2013.

  
Profª. Drª. Marilene Rodrigues Portella  
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

  
Profª. Drª. Marlene Doring  
Universidade de Passo Fundo – UPF

  
Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli  
Universidade de Passo Fundo - UPF

  
Prof. Dr. Adriano Pasqualotti  
Coorientador

  
Profª. Drª. Margarita Ana Rubin Unicovsky  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho ao Mestre dos Mestres Jesus Cristo e sua Mãe Maria,  
força, luz e guia em meu caminho!*

*Ao meu pai Sr. José Alberto, minha mãe D. Santina e minha nona Carmem, pelos ensinamentos  
de valores, vida honrada, fé, trabalho e honestidade; minhas irmãs  
Maria e Luciana, meu irmão Luciano, sobrinhos, sobrinhas e demais familiares.  
Distantes em quilômetros, mas unidos em prece e coração. Amo vocês!*

*À Congregação das Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria Auxiliadora,  
Província Imaculada Conceição e todas minhas queridas  
co-Irmãs pela graça da fraterna convivência, partilha de vida e missão  
na ternura, vigor, simplicidade e espiritualidade franciscana.*

*Aos amigos e amigas presentes no silêncio deste texto e no lugar mais especial de  
meu coração. Vocês, de várias formas, contribuíram neste trabalho.*

*Às pessoas idosas, dignas de respeito, carinho e amor.*

*O Senhor vos abençoe e vos guarde,*

**PAZ E BEM!**

## AGRADECIMENTOS

*A Deus que me concedeu o precioso Dom da vida, saúde, o privilégio e alegria de ver o sol brilhar e a capacidade de persistência diante dos desafios. Sem ti, Senhor, eu nada seria!*

*À querida professora e minha orientadora Marilene Rodrigues Portella, pela acolhida, incentivo nos momentos difíceis e compromisso de excelência no dom de ensinar, norteando a pesquisa com humanidade. Sua notável orientação foi fundamental na elaboração do texto.*

*Ao estimado professor Adriano Pasqualotti meu coorientador, pelo incentivo para aderir ao programa, contribuição nas análises estatísticas e organização dos dados.*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano - UPF, pela concessão da bolsa nesses dois anos dedicados ao Mestrado, possibilitando-me chegar até aqui.*

*À banca de qualificação composta pelos Professores (as) Doutores (as) Denize Cornélio da Luz, Eliane Lucia Colussi, Helenice de Moura Scortegagna e Luiz Antônio Betinelli pelas preciosas contribuições para o desenvolvimento do mesmo.*

*À coordenação do Programa, professores e colegas do Programa e do Grupo de Pesquisa e bolsistas Alessandra, Fábria e Graciela bem como à Rita, Secretária dedicada e delicada na atenção e demais colaboradores da FEFF.*

*À Paróquia da Catedral Nossa Senhora Aparecida, na pessoa do Arcebispo Emérito Dom Pedro Ercílio Simon e dos Padres Darci Domingos Treviso e Itamar Lavarda, pela compreensão e fraterna acolhida no momento que mais precisei.*

*Às Coordenadoras das residências para CLD de Irmãs religiosas: Irmã Tânia Maria Volpato, Irmã Lúcia Risson e Irmã Modesta Bortolotto, pela fraterna acolhida ao me receberem para a coleta de dados. De modo muito especial, agradeço a cada Irmã Idosa que tive a graça de entrevistar e partilhar não somente questionários, mas belas e sábias histórias de vida, plenas de sentido, espiritualidade e amor/oblação. Foi uma bênção estar com vocês, razão de ser do presente estudo. Que o Bom Deus as recompense pela valiosa contribuição. De coração, muito obrigada. Sem vocês, este estudo não existiria.*

*Sejam abençoados (as) e felizes!*

## **EPIGRAFE**

*Agora, portanto, permanecem estas três coisas: a fé, a esperança e o amor.*

*A maior delas, porém, é o amor.*

*(I Cor 13, 13).*

## RESUMO

Mozer, Neuza Maria Sangiorgio. Vida religiosa consagrada e velhice : cognição, funcionalidade e necessidade de cuidado. 2013. 126 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2013.

A velhice longeva é alcançada por um número cada vez maior de pessoas desafiando família e sociedade ao cuidado da vida dos seus. O presente estudo abordou o envelhecimento no cenário da vida religiosa consagrada (VRC) feminina diante da necessidade de cuidados de longa duração (CLD). O objetivo geral foi analisar fatores associados às condições de saúde em mulheres idosas necessitadas de CLD, membros de congregações religiosas. O estudo é transversal de base populacional com uma amostra constituída por cinquenta idosas religiosas. Os critérios de inclusão estabelecidos foram ter sessenta anos ou mais e estar residindo nas casas das instituições reconhecidas para CLD independente de ser cuidadora ou necessitada de cuidado, além de apresentarem condições de responder aos instrumentos propostos. A coleta dos dados realizou-se no período de outubro de 2011 a janeiro de 2012 pela própria pesquisadora utilizando um questionário estruturado, no qual a entrevista foi registrada, sendo este subdividido em seis sessões: informações pessoais, condições de saúde, uso de medicamentos, avaliação cognitiva, hábitos alimentares e ocupação do tempo livre. Parte dos resultados foram compilados em duas produções científicas, ambas anexas ao presente texto. A primeira intitulada “Desempenho cognitivo e sintomas de depressão entre idosas religiosas” objetivou pesquisar o desempenho cognitivo e fatores associados à depressão neste grupo de mulheres, utilizando o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). Os dados dos resultados foram analisados por meio dos testes de Mann-Whitney e qui-quadrado, para um nível de significância de  $p \leq 0,05$  e intervalo de confiança (IC) de 95%, obtendo escore significativo no MEEM para as variáveis faixa etária, tempo de vida religiosa, anos de estudo e necessidade de cuidado. A GDS-15 apontou 87,8% dos indivíduos com pontuação positiva para depressão. A produção científica II com o título “Necessidade de cuidado e funcionalidade entre idosas religiosas” objetivou avaliar a necessidade de cuidado autorreferida e a funcionalidade das mesmas através do Index de Katz, averiguando a independência para realização das atividades da vida diária (AVD's). Os dados foram aferidos por meio dos testes de Mann-Whitney e qui-quadrado, para um nível de significância de  $p \leq 0,05$  e intervalo de confiança (IC) de 95%, apresentando resultados significativamente estatísticos para as variáveis banhar-se, vestir-se e ir ao banheiro. Constata-se que embora a elevada média de escolaridade há importante índice de declínio cognitivo e depressão na população estuda, sendo identificados alguns fatores associados a estas prevalências tais como necessidade de cuidado e alta faixa etária. Outra evidência é que, embora referindo necessidade de cuidado, as irmãs idosas reservam a si ao máximo o autocuidado. A realização da pesquisa ocorreu sem dificuldades, entretanto, apresentam-se limitações por se tratar de um contexto específico que não pode ser generalizado. Os resultados remetem à necessidade de mais estudos neste cenário do envelhecimento haja vista tal processo ser progressivo dentro das próprias congregações religiosas.

Palavras-chave: 1. Velhice. 2. Feminização. 3. Religiosas. 4. Institucionalização. 5. Saúde do idoso.



## ABSTRACT

Mozer, Neuza Maria Sangiorgio. Consecrated religious life and aging: cognition, function and need for care. 2013. 126 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2013.

The longevity is achieved by an increasing number of people defying family and society to care of your life. This study focused on the aging scenario of consecrated religious life (VRC) female on the need for long-term care (CLD). The general objective was to analyze factors associated with health conditions in older women in need of long-term care, members of religious congregations. The study is cross-sectional population-based sample consisting of fifty elderly religious. Inclusion criteria were having established sixty years or more and be residing in the homes of recognized institutions for CLD independent caregiver or be in need of care, besides presenting a position to respond to the proposed instruments. Data collect took place from October 2011 to January 2012 by the researcher using a structured questionnaire, in which the interview was recorded, which is divided into six sections: personal information, health conditions, medications, cognitive valuation, dietary habits and occupation of free time. Part of the results was compiled in two scientific productions, both attached to this text. The first entitled “Cognitive performance and symptoms of depression among elderly religious women” aimed to investigate cognitive performance and factors associated with depression in this group of women, using the Mini Mental State Examination (MMSE) and the Geriatric Depression Scale (GDS-15). Outcome data were analyzed using the Mann-Whitney and chi-square test, for a significance level of  $p \leq 0.05$  and confidence interval (CI) of 95%, resulting in significant MMSE score for the variables range age, time of religious life, years of study and need for care. The GDS-15 showed 87.8% of individuals scoring positive for depression. The scientific II titled “Care needs and functionality among elderly religious women” aimed to evaluate the need for careful self-reported and functionality of these elderly through the Katz Index, verifying the independence to perform their activities of daily living (ADLs). Data were assessed by the Mann-Whitney and chi-square for a significance level of  $p \leq 0.05$  and confidence interval (CI) of 95%, with statistical significant results for the variables bathing, dress up and go to the bathroom. It appears that although the high average education is important index of cognitive decline and depression in the population studied and identified some factors associated with these prevalences such as high care needs and age. Another evidence is that even referring to the need for care, the elderly nuns allow themselves to maximum self-care. The research took place without difficulty, however, presents limitations because it is a specific context that cannot be generalized. The results indicate the need for further studies in this scenario in view of aging as a progressive process within their religious congregations.

Key words: 1. Old age. 2. Feminization. 3. Religious. 4. Institutionalization. 5. Health of the elderly.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise bivariada das idosas religiosas com e sem declínio cognitivo e fatores associados.....	24
Tabela 2 - Necessidade de cuidado versus idade, tempo de vida religiosa e anos de estudos.....	37
Tabela 3 - Fatores associados à necessidade de cuidado autorreferida e funcionalidade	38

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD's	Atividades de Vida Diária
CLD	Cuidados de Longa Duração
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNS	Conselho Nacional da Saúde
CDC	Código de Direito Canônico
DP	Desvio Padrão
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICAR	Igreja Católica Apostólica Romana
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
NR	Não respondeu
NS	Não sabe
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
QFCA	Questionário de Frequência de Consumo Alimentar
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VRC	Vida Religiosa Consagrada

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>PRODUÇÃO CIENTÍFICA I</b>	<b>18</b>
	<b>DESEMPENHO COGNITIVO E SINTOMAS DE DEPRESSÃO ENTRE IDOSAS RELIGIOSAS</b>	<b>18</b>
2.1	<i>Introdução</i>	20
2.2	<i>Metodologia</i>	22
2.3	<i>Resultados</i>	23
2.4	<i>Discussão</i>	25
2.5	<i>Conclusões</i>	27
2.6	<i>Referências</i>	29
<b>3</b>	<b>PRODUÇÃO CIENTÍFICA II</b>	<b>31</b>
	<b>NECESSIDADE DE CUIDADO E FUNCIONALIDADE ENTRE IDOSAS RELIGIOSAS</b>	<b>31</b>
3.1	<i>Introdução</i>	33
3.2	<i>Metodologia</i>	35
3.3	<i>Resultados</i>	36
3.4	<i>Discussão</i>	39
3.5	<i>Conclusões</i>	41
3.6	<i>Referências</i>	43
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>46</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>50</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>63</b>
Anexo A.	<i>Parecer Comitê de Ética</i>	64
Anexo B.	<i>Comprovante de submissão produção I</i>	66
Anexo C.	<i>Comprovante de submissão produção II</i>	68
	<b>APÊNDICES</b>	<b>70</b>
Apêndice A.	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	71
Apêndice B.	<i>Projeto de pesquisa</i>	74

## 1 INTRODUÇÃO

A atual situação demográfica do envelhecimento aponta que em 2050, para cada pessoa com 65 anos ou mais de idade, pouco menos de três estarão na faixa etária potencialmente ativa e serão “destinadas” a suprir as demandas diante da necessidade de cuidados dos seus (IBGE, 2008). A expectativa de vida do brasileiro aumentou 25,4 anos nos últimos 50 anos, passando para 73,4 anos em 2010 (IBGE, 2010).

O envelhecimento humano pode ser compreendido como um processo natural, dinâmico e irreversível, o qual recebe influência multidimensional: na dimensão biológica a exemplo da herança genética, determinando favorecimentos ou agravos; na sócio-histórica com repercussões sobre o processo de viver e envelhecer, em parte, condicionado pelos fatores comportamentais, estilo de vida adotado ou hábitos cultivados. As opções que fazemos conduzem e norteiam nossa caminhada. Algumas pessoas seguem as influências vividas no contexto familiar, outras, entretanto, se reconhecem chamadas a uma vocação específica e assumem desígnios próprios que orientam suas vidas. Tais escolhas podem contribuir positiva ou negativamente na velhice, agregando elementos favorecedores ou não da longevidade. Consideram-se igualmente os eventos externos que o influenciam, incluindo os aspectos culturais envolvidos na escolha do estilo de vida, como é o caso deste trabalho no qual abordamos a vida religiosa consagrada (VRC) feminina.

Este fenômeno mundial reflete-se igualmente no âmbito da grande maioria das congregações religiosas. A VRC inserida na igreja católica apostólica romana (ICAR) segue suas normas e vivência a partir das diretrizes determinadas pelo o código de direito canônico (CDC), comum a todas as congregações que professam, no cristianismo, o catolicismo. A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil no texto base da Campanha da Fraternidade do ano de 2003, cujo tema foi fraternidade e pessoas idosas, publicou o seguinte: [...] *Entre os anciãos e anciãs de nossas comunidades, se*

---

*encontram muitos padres, bispos, religiosos e religiosas. Alguns contam com a solidariedade da comunidade cristã. Outros se encontram no abandono e no isolamento (CNBB, 2002, p. 26).*

Um estudo recentemente publicado, realizado entre religiosos(as), relata que estes, ao chegarem à velhice, sentem que deveria haver uma maior valorização do trabalho que prestaram à igreja e sociedade bem como a eles próprios por terem dedicado suas vidas trabalhando em favor da comunidade e serviços pastorais e sociais entre outros. Relata igualmente que esse reconhecimento deve considerar o quanto eles(as) ainda têm a oferecer às pessoas com as quais convivem (PEREIRA, 2012).

Em se tratando da VRC, homens e mulheres que se identificam com este percurso vocacional e fazem essa opção de vida, normalmente, agrupam-se em instituições específicas, chamadas congregações, institutos ou ordens religiosas (neste estudo nomearemos por congregações), as quais norteiam seu modo de convívio específico com normas próprias, ritos, regras, disciplina de horários, conduta e expressão social. Vivendo este contexto, também chegam à velhice.

Entretanto, nem ritos, nem regras, garantem que, no fim da vida, estejamos isentos da necessidade de cuidados de longa duração (CLD) ou que esses indivíduos nunca ficarão expostos a condições de morbidade. Constata-se um número de congregações femininas superior ao de congregações masculinas e uma quantidade maior de mulheres entre os membros religiosos das mesmas, evidenciando a feminização da velhice também dentro da VRC. Sobre tal fato não encontramos na literatura até o momento, estudo científico que aponte dados neste cenário específico do envelhecimento, ou seja, a vida religiosa consagrada feminina.

O contexto do presente centra-se em questões envolvendo essencialmente o gênero feminino e vem confirmar a maior longevidade apresentada entre as mulheres à medida que a população envelhece. Dados apontam que para as brasileiras a esperança de vida ao nascer chega aos 77,3 anos (IBGE, 2010). A velhice caracteriza-se como um

---

fenômeno feminino e isso se dá pelo fato de as mulheres estarem mais visíveis na sociedade e buscarem seu espaço (NERI, 2006). Conforme Camarano (2006) o envelhecimento populacional brasileiro é marcado pela feminização da velhice e a predominância feminina entre idosos é tipicamente urbana. Constatase ainda que, na velhice, elas têm maior probabilidade de ficar em situação sócio-econômica desvantajosa e morando sozinhas, constituindo 58% da ocupação nas instituições de longa permanência para idosos (ILPI).

A maior expectativa de vida das mulheres se explica em parte considerando, entre outros, fatores ligados à dimensão biológica, proteção hormonal, idade, sexo, arranjo familiar, estado conjugal, educação, doenças crônicas e a capacidade funcional (SANTOS; TAVARES; BARBOSA, 2010). Na dimensão sócio cultural apresentam uma preocupação maior no aspecto cuidar de si, o que intervém na prevenção das patologias. Além disso, a mulher também possui hoje um papel mais presente na sociedade o que a faz atingir uma melhor qualidade durante o processo de envelhecimento e assim, o fato de viver mais que os homens ocorre também em função de características próprias (TAGLIAPIETRA; GARCES, 2012).

A temática em questão no estudo deveu-se, em parte à minha proximidade com a realidade abordada devido à opção pessoal pela vida religiosa vivenciada em uma congregação por mais de uma década, sendo boa parte deste tempo dedicado ao cuidado das irmãs idosas, entre as outras ocupações da vida conventual e da pastoral. A trajetória acadêmica no Curso de Fisioterapia da UPF (2006-2010) também me propiciou vivenciar, na atuação profissional, a realidade do envelhecimento direcionando-me a abordar tal contexto em meu trabalho de conclusão de curso (TCC) no âmbito das ILPIs. Como discente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, considerei importante refletir e aprofundar sobre a condição do envelhecimento e velhice de meus pares, as irmãs religiosas, visto que pessoalmente, formulei indagações no itinerário do viver e envelhecer dos membros de congregações religiosas.

---

Assim sendo, a finalidade foi abordar o cenário do envelhecimento na vida religiosa consagrada feminina diante da necessidade de cuidados de longa duração no contexto de uma cidade no norte do Rio Grande do Sul. Como vivem as religiosas idosas que necessitam de CLD? Quem são elas? Quais suas condições de saúde, cognição e funcionalidade para atividades de vida diária (AVD)? Qual a tipologia de cuidados que aportam?

A proposta do estudo se respalda nas diretrizes tanto da Política Nacional do Idoso (PNI), da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) quanto do Estatuto do Idoso, os quais recomendam investimento em estudos que abarquem a gerontogeriatrica. A contribuição centrou-se na obtenção de subsídios referentes aos cuidados de longa duração e produção de novos conhecimentos nessa área, a partir do olhar lançado sobre as comunidades de idosas religiosas. O mérito pode estar balizado na colaboração e produção do conhecimento da ciência do envelhecimento humano e na busca de ações preventivas em detrimento de ações curativas. Acreditamos que os resultados venham cooperar com a qualidade de vida e de serviços bem como redução de custos econômicos e sociais e alternativas de ações para congregações que tem seus membros envelhecidos em necessidade de CLD ou caminhando a passos largos nessa direção.

O estudo teve como objetivo geral analisar fatores associados às condições de saúde em mulheres idosas necessitadas de cuidados de longa duração, membros de congregações religiosas e objetivos específicos: descrever o perfil sócio demográfico das idosas religiosas necessitadas de cuidados de longa duração em congregações religiosas. Avaliar as condições de saúde de idosas religiosas sob CLD em congregações. Delinear o estado de funcionalidade, cognição da coorte pesquisada. Averiguar hábitos alimentares e atividades de ocupação do tempo livre e formas de interação.

A presente dissertação intitulada “Vida religiosa consagrada e velhice: cognição, funcionalidade e necessidade de cuidado”, procurando atender parte dos objetivos



---

propostos no projeto, apresenta um recorte com resultados na forma de duas produções científicas sendo que a primeira aborda o tema “Fatores associados ao desempenho cognitivo e depressão entre idosas religiosas” e a segunda, “Necessidade de cuidado e funcionalidade entre idosas religiosas”.

## 2 PRODUÇÃO CIENTÍFICA I

### DESEMPENHO COGNITIVO E SINTOMAS DE DEPRESSÃO ENTRE IDOSAS RELIGIOSAS

Neuza Maria Sangiorgio Mozer<sup>1</sup>; Adriano Pasqualotti<sup>2</sup>; Marilene Rodrigues Portella<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Fisioterapeuta. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

<sup>2</sup> Matemático. Mestre em Ciência da Computação e doutor em Informática na Educação, ambos pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Líder do Grupo de Pesquisa Vivencer UPF/CNPq.

#### Resumo

O objetivo foi analisar o desempenho cognitivo e fatores associados à depressão entre idosas religiosas. Método: Transversal de base populacional avaliando 41 indivíduos residentes em casas para cuidados de longa duração (CLD) de três congregações religiosas femininas em uma cidade no norte do Rio Grande do Sul, Brasil, com idade média de 82,2 anos e escolaridade maior ou igual 11,0 anos. Aplicou-se o teste do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), analisando faixa etária, tempo de vida religiosa, anos de estudo, prática de atividade física, necessidade de cuidado, uso de medicamentos e número de medicamentos. Os dados foram analisados por meio dos testes de Mann-Whitney e qui-quadrado, para

---

nível de significância de  $p \leq 0,05$  e intervalo de confiança (IC) de 95%. Resultados: O MEEM apresentou dados significativos para necessidade de cuidado nas variáveis faixa etária, tempo de vida religiosa, anos de estudo e necessidade de cuidado. A GDS-15 indica 87,8% dos indivíduos com pontuação positiva para depressão. Conclusão: Evidenciou-se alto número de declínio cognitivo e depressão, sendo identificados fatores associados como a necessidade de cuidado e alta faixa etária as quais remetem à necessidade de mais estudos, considerando o envelhecimento progressivo das instituições religiosas.

Palavras-chave: Envelhecimento; Mulheres; Escolaridade; Memória.

#### Abstract

The objective was to analyze the performance and cognitive factors associated with depression among elderly religious. Methods: Cross-sectional population-based evaluating 41 individuals residing in homes for long-term care (CLD) of three female religious congregations in a city in northern Rio Grande do Sul, Brazil, with a mean age of 82.2 years and schooling or higher equal to 11.0 years. We applied the test of Mini Mental State Examination (MMSE) and the Geriatric Depression Scale (GDS-15), analyzing age, time of religious life, years of education, physical activity, need for care, medication use and number of medications. Data were analyzed using the Mann-Whitney and chi-square test for significance level of  $p \leq 0.05$  and confidence interval (CI) of 95%. Results: The MMSE showed significant data need to care for the variables age, time of religious life, years of study and need for care. The GDS-15 indicates 87.8% of individuals scoring positive for depression. Conclusion: There was a high number of cognitive decline and depression, were identified as factors associated with the need for care and high age which indicate the need for further studies, considering the progressive aging of religious institutions.

Keywords: Aging; Women; Schooling; Memory.

---

## Resumen

El objetivo fue analizar el desempeño y los factores cognitivos asociados a la depresión entre los religiosos ancianos. Métodos: Estudio transversal de base poblacional evaluación de 41 personas que residen en hogares de cuidados de larga duración (CLD) de tres congregaciones religiosas femeninas en una ciudad del norte de Rio Grande do Sul, Brasil, con una edad media de 82,2 años y la escolaridad o más igual a 11,0 años. Se aplicó la prueba del Mini Examen del Estado Mental (MMSE) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15), el análisis de la edad, el tiempo de la vida religiosa, los años de educación, la actividad física, la necesidad de atención, uso de medicamentos y el número de medicamentos. Los datos fueron analizados mediante la prueba de Mann-Whitney y chi-cuadrado para un nivel de significación de  $p \leq 0,05$  e intervalo de confianza (IC) del 95%. Resultados: El MMSE mostraron datos significativos que cuidar de las variables edad, tiempo de la vida religiosa, los años de estudio y la necesidad de cuidados. El GDS-15 indica que 87,8% de los individuos con un puntaje positivo para la depresión. Conclusión: Se ha producido un número elevado de deterioro cognitivo y la depresión, se identificaron como factores asociados a la necesidad de atención y de elevada edad que indican la necesidad de más estudios, teniendo en cuenta el envejecimiento progresivo de las instituciones religiosas.

Palabras clave: Envejecimiento; Mujeres; La escolarización; Memoria.

### 2.1 Introdução

O envelhecimento quase sempre traz consigo declínio funcional e cognitivo, dependentes ou não de processos neurológicos que se alteram com a idade. O expressivo crescimento no número de idosos muito idosos é descrito como fator associado a uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas. Estas podem ou não ser acompanhadas de limitações próprias da senescência no desempenho das atividades da vida diária (AVD) gerando o denominado processo incapacitante, acarretando para pessoa idosa uma redução na qualidade e quantidade das informações

---

necessárias para um controle motor e cognitivo eficaz bem como os sistemas orgânicos (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010).

Este cenário de estudo, abordando exclusivamente o gênero feminino, fortalece a evidência de que a procura das mulheres por serviços de saúde maior do que os homens facilitando o diagnóstico e o tratamento precoce de doenças. Existem também os fatores genéticos e biológicos considerados como protetores para a mulher, como por exemplo, o hormônio feminino, durante a idade fértil e referência a eventos cardiocirculatórios que, embora ainda não estejam plenamente esclarecidos, contribuem para o prolongamento de suas vidas (PONTES-BARROS et al., 2010).

Na literatura estudos apontam o grau de instrução e a idade influenciando na capacidade cognitiva e na depressão de idosos. Pesquisas desenvolvidas com indivíduos de alta escolaridade apresentam um melhor desempenho destes em testes neuropsicológicos (MITRUSHINA et al., 2005). Assim, o declínio que acompanha o idoso tem início e progressão extremamente variáveis, dependendo de fatores educacionais, da saúde e da personalidade, bem como do nível intelectual global e das capacidades mentais específicas do indivíduo (PEREIRA; GORETTI; OLIVEIRA, 2006).

A literatura traz relatos da depressão como fator de risco para o desenvolvimento do declínio cognitivo e que a perda de atividade, parece afetar a depressão e a cognição (GALHARDO; MARIOSA; TAKATA, 2010). Fatores associados ao processo de envelhecimento humano como o acidente vascular cerebral pode ser considerado como uma das principais causas de comprometimento cognitivo no idoso, afetando cerca de 50% dos pacientes, tanto na fase aguda como na crônica, predispondo em alguns casos ao surgimento de doenças neurodegenerativas (GLYMOUR et al., 2008).

A alta prevalência de idosos com declínio cognitivo pelo teste do MEEM mostra-se influenciada pela a variável escolaridade como revela estudo (MACHADO et al., 2011). Outra pesquisa avaliou a renda na associação entre uso de medicamentos e

---

disfunção cognitiva de idosos e constatou que este fator também influencia o desempenho do MEEM, indicando que a desigualdade social interfere no acesso aos medicamentos e influencia a saúde mental dos mesmos (LOYOLA FILHO et al., 2008).

O presente estudo foi realizado em casas para o cuidado dos membros idosos de congregações religiosas, em ambiente exclusivamente do gênero feminino. Tal escolha atribui-se, entre outros, à escassez de estudos neste cenário do envelhecimento. A contribuição centrou-se na obtenção de subsídios referentes aos cuidados de longa duração (CLD) na velhice e produção de novos conhecimentos nesta área, a partir do olhar lançado às instituições religiosas. Acreditamos que os resultados de uma pesquisa desta natureza possam agregar conhecimentos para outras congêneres que exercitam CLD. O objetivo deste foi analisar fatores associados ao desempenho cognitivo e à depressão entre idosas religiosas.

## 2.2 *Metodologia*

O estudo é transversal de base populacional desenvolvido em residências que se destinam aos CLD para membros idosos de três congregações religiosas femininas em uma cidade do sul do Brasil, com mulheres acima de 60 anos.

A amostra constituiu-se de cinquenta idosas. Destas, nove foram excluídas por não apresentarem condições de responder aos instrumentos propostos. Assim, o número de participantes no presente estudo foi de 41 idosas religiosas. Os critérios de inclusão estabelecidos foram ter sessenta anos ou mais, estar residindo em instituições reconhecidas como de CLD e ausência de demência diagnosticada.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora por meio de entrevista no primeiro semestre de 2012. Para o procedimento da coleta utilizou-se um questionário estruturado no qual as informações foram registradas, contendo questões referentes aos dados sociodemográficos, o teste do MEEM para a função cognitiva,

considerado o instrumento mais utilizado para tal finalidade em estudos epidemiológicos populacionais no qual as notas de corte sugeridas são: Analfabetos = 19; 1 a 3 anos de escolaridade = 23; 4 a 7 anos de escolaridade = 24; > 7 anos de escolaridade = 28, totalizando 30 pontos, sendo que a estatística do estudo utilizou como corte = ou < 27,8 e = ou > 27,8 pontos para divisão dicotômica da amostra. Foram analisadas as variáveis: faixa etária, tempo de vida religiosa, anos de estudo, prática de atividade física, necessidade de cuidado, uso de medicamentos, número de medicamentos. A escala GDS-15 foi empregada para avaliar a condição de depressão das idosas, sendo esta composta de 15 questões fechadas nas quais a pontuação de 0 a 5 indica ausência de depressão, de 6 a 10 depressão moderada e de 11 a 15 aponta estado de depressão severa. A opção por estes instrumentos corrobora com estudo neste seguimento (PAULO; YASSUDA, 2010) além da recomendação pelo Ministério da Saúde para uso de rastreio na avaliação multidimensional rápida (BRASIL, 2006).

A análise dos dados foi realizada por meio dos testes de qui-quadrado e exato de Fisher, com significância estatística conforme o valor de  $p \leq 0,05$  e intervalo de confiança de (95%).

O estudo observa a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde nas suas diretrizes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado e assinado pelas participantes ou representantes destas e o projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, protocolo n. 312/2011.

### *2.3 Resultados*

Participaram do estudo 41 religiosas, com idade média de 82,2 anos (DP = 9,6). Quanto ao tempo de vida religiosa, 48,8% apresentam 62 anos ou mais. Relativo aos anos de estudo, 31,7% têm 11 anos ou mais. Praticam atividade física com frequência 53,7% das religiosas e 70,7% referem necessidade de algum tipo de cuidado.

Por meio da análise dos escores alcançados no teste do MEEM e da escala GDS-15, a população estudada demonstra presença de índices positivos para déficit cognitivo e no rastreamento para depressão, sendo influenciada por fatores associados ao processo de envelhecimento, dentre eles, a alta longevidade, uma das variáveis descritas no estudo a qual pode influenciar com efeitos deletérios ou, por outro lado, de preservação da cognição e de sintomas depressivos entre os indivíduos.

Na Tabela 1, observam-se os escores obtidos no MEEM sendo que indivíduos na faixa etária abaixo de 83,5 anos, (65,0%) do total, apresenta pontuação maior que 27,8 no MEEM e, por conseguinte, melhor cognição. Destaca-se ainda na avaliação da função cognitiva, a variável anos de estudo incidindo positivamente no escore do MEEM com presença de pontuação maior que 27,8 em (69,2%).

Tabela 1 - Análise bivariada das idosas religiosas com e sem declínio cognitivo e fatores associados

Variáveis	Categorias	Escore MEEM (Pontuação)		p	OR (IC95%)
		= ou < 27,8	= ou > 27,8		
Faixa etária	≤ 83,5 anos	35,0	65,0	0,019	0,21 (0,05-0,80)
	≥ 83,5 anos	71,4	28,6		
Tempo de vida religiosa	≤ 70,0 anos	35,0	65,0	0,019	0,21 (0,05-0,80)
	≥ 70,0 anos	71,4	28,6		
Anos de estudo	≤ 11,0 anos	64,3	35,7	0,045	4,05 (0,99-16,57)
	≥ 11,0 anos	30,8	69,2		
Prática de atividade física	Nunca, parou ou raramente	57,9	42,1	0,613	1,37 (0,39-4,73)
	Com frequência	50,0	50,0		



Tabela 1 - Análise bivariada das idosas religiosas com e sem declínio cognitivo e fatores associados

Variáveis	Categorias	Escore MEEM (Pontuação)		p	OR (IC95%)
		= ou < 27,8	= ou > 27,8		
Necessidade de cuidado	Sim	72,4	27,6	0,000	28,87 (3,18-261,41)
	Não	8,3	91,7		
Uso de medicamentos	Sim	55,0	45,0	0,276	0,45 (0,32-0,63)
	Não	0,0	100,0		
Número de medicamentos	≤ 4,3 medicamentos	59,1	40,9	0,453	1,60 (0,46-5,54)
	≥ 4,3 medicamentos	47,4	52,6		

*Teste exato de Fisher; Valor significativo para um  $p \leq 0,05$ .*

De acordo com a pontuação a escala GDS-15, (87,8%) acusaram pontuação positiva para depressão, sendo que destas, 34 (82,9%), depressão leve pontuando de 6 a 10. Cinco (12,2%) apresentam ausência de depressão com pontuação de 0 a 5, e duas (4,9%) depressão severa, com pontuação entre 11 e 15.

#### 2.4 Discussão

Relativo à idade a amostra revelou média de 82,3 anos (DP = 9,3), aproximando-se de outro estudo realizado com mulheres (BICCA; ARGIMON, 2008). Quanto à escolaridade, foi encontrada alta média de anos de estudo para um grupo de mulheres nesta faixa etária diferentemente de resultados descritos na literatura (LUZARDO, 2006). Tal evidência pode ser explicada pelo fato de as religiosas conviverem em ambiente no qual se priorizou a formação educacional e o acesso à escolarização, sendo estas privilegiadas se comparadas às demais mulheres de mesma faixa etária.

---

A prática de atividade física regular associa-se à redução no declínio do desempenho físico e manutenção da independência funcional de pessoas idosas. No presente trabalho, constata-se que a maioria cultiva este hábito, dado que corrobora com outro estudo o qual analisa a mesma variável com resultados semelhantes (FERNANDES et al., 2009).

Parte das idosas entrevistadas tornaram-se cuidadoras ao serem “transferidas” para morar nas residências destinadas aos CLD. Nas congregações religiosas, assim como na vida dos leigos, a pessoa idosa com condições de saúde física e mental preservada se ocupa do cuidado dos mais velhos e dos doentes e ou fragilizados. O cuidado aqui, exercido predominantemente por mulheres, corrobora com o referido na literatura a qual o descreve como fruto de construções históricas e sociais este papel de predominância feminina (MARTINS et al., 2007). Por outro lado, Camps (2011) em estudo com idosos, na Espanha considera que tal prerrogativa é resultado da cultura, reportando-se especificamente à cultura mediterrânea na qual, a responsabilidade do cuidado dos mais velhos é atribuída majoritariamente às mulheres.

Os dados encontrados através do teste do MEEM revelaram uma prevalência de comprometimento da cognição em 51,2% da amostra, resultados semelhantes a outro estudo no qual 40% dos entrevistados apresentavam funções cognitivas preservadas e 60% demonstravam alguma alteração cognitiva não sugestiva de déficit (REIS et al., 2009).

Relativo à associação entre faixa etária e anos de estudo, os resultados obtidos demonstram que os indivíduos com idade  $\geq 83,5$  anos e apresentando 11,0 anos ou mais de estudo, alcançaram pontuação no MEEM com média de 26,9 (DP = 3,6), escores positivos que discordam de dados referidos por outros pesquisadores os quais, ao utilizarem o MEEM, encontraram menor pontuação associada à idade e escolaridade entre os idosos (LAKS et al., 2007).

---

A escolaridade é um dos fatores mais consistentemente descritos como associados ao desempenho no MEEM (ANDERSON et al., 2007). Os resultados deste trabalho não corroboram com tais achados uma vez que na amostra em questão não foi encontrada associação entre pior escolaridade e escores mais baixos do MEEM. Destacamos que o total da amostra apresentou média de anos de estudo de 11,3 anos (DP = 4,6).

No que diz respeito ao grau de depressão, os resultados encontrados a partir da escala GDS-15 se diferencia de pesquisas que utilizaram o mesmo instrumento trabalhando com uma amostra de características semelhantes (ANTES et al., 2012). Outros resultados referindo evidências divergentes às encontradas em nosso estudo relativos à depressão são apontados na literatura utilizando também abordagens diferenciadas para aferir tais condições (APÓSTOLO et al., 2008).

Por outro lado, foram encontrados descritos na literatura, resultados de um estudo, análogos aos encontrados em nossa pesquisa, inclusive com percentual idêntico para o grau de depressão severa na pontuação da escala GDS-15 (GALHARDO; MARIOSA; TAKATA, 2010).

## *2.5 Conclusões*

Procurando atender o objetivo, o presente abordou possíveis fatores associados ao desempenho cognitivo e os sintomas de depressão entre idosas religiosas as quais apresentaram excelentes níveis sociodemográficos em relação a estudos com grupos de mulheres de faixa etária idêntica descritos na literatura.

No desempenho do MEEM, constataram-se prevalências de escores concordando com a literatura ao indicar preservação cognitiva relacionada à menor faixa etária. Quanto ao tempo de vida religiosa, o desempenho foi melhor para as que apresentaram mais anos de vida conventual e igualmente para as que contam mais anos de estudo.

---

Através da escala GDS, evidenciou-se a grande maioria apresentando sintomas de depressão classificada como moderada.

A realização do estudo transcorreu sem dificuldades, entretanto, o mesmo apresentou limitações ligadas ao fato de se abordar um contexto específico e particular, impossibilitando generalizações. Essa distinção pode estar conexas às diferentes oportunidades que a vida religiosa consagrada oportuniza a seus membros, como acesso a bens e serviços de modo diferenciado da sociedade em geral.

Os resultados sugerem mais pesquisas abordando este contexto, visando aprofundar tanto fatores identificados como exercendo efeito deletério quanto os que exercem efeito protetor das funções cognitivas e de depressão entre mulheres idosas religiosas que apresentem alto índice de longevidade e escolaridade, contribuindo assim com o avanço de estudos de cunho científico e gerontológico no contexto das congregações religiosas, ainda pouco pesquisado.

#### Contribuições dos autores

N. M. S. Mozer propôs o tema de pesquisa, realizou trabalho de coleta de dados e digitação dos mesmos, revisão de literatura e redigiu o manuscrito. A. Pasqualotti efetuou a análise e redação dos dados estatísticos e da metodologia. M. R. Portella supervisionou e fez a revisão crítica do trabalho conduzindo e orientando o mesmo em todas as etapas.

#### Agradecimentos

Ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo pela concessão da bolsa nesses dois anos de Mestrado.

---

## 2.6 Referências

- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev. Saúde Pública. São Paulo*, v. 44, n. 3, p. 468-478, mai./jun. 2010.
- ANDERSON, T. M. et al. Effects of sociodemographic and health variables on Mini-Mental State Exam scores in older Australians. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, v. 15, n. 6, p. 467-476, 2007.
- ANTES, D. L. et al. Índice de aptidão funcional geral e sintomas depressivos em idosos. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum. Florianópolis*, v. 14, n. 2, p. 125-133, 2012.
- APÓSTOLO, J. et al. Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. *Revista Referência, Coimbra*, v. 2, n. 8, p. 45-49, 2008.
- BICCA, M. G.; ARGIMON, I. I. L.. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas. *J. Bras. psiquiatr. Rio de Janeiro*, v. 57, n. 2, p. 133-138, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CAMPS, V. El valor y el ejercicio del cuidado. In: INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (Org.). *Libro blanco sobre envejecimiento activo*. Madrid: IMSERSO, 2011, p. 633-678.
- FERNANDES, H. M. et al. A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos. *Revista Motricidade. Vila Real, Portugal*, v. 5, n. 1, p. 33-50, 2009.
- GALHARDO, V. A. C.; MARIOSIA, M. A. S.; TAKATA, J. P. I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Rev. méd. de Minas Gerais, Belo Horizonte*, v. 20, n. 1, p. 16-21, jan./mar. 2010.
- GLYMOUR, M. M. et al. Social ties and cognitive recovery after stroke: does social integration promote cognitive resilience? *Neuroepidemiology*. v. 31, n. 1, p. 10-20, 2008.

LAKS, J. et al. Mini-Mental State Examination norms in a community-dwelling sample of elderly with low schooling in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 315-319, fev. 2007.

LOYOLA FILHO, A. et al. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 89-99, 2008.

LUZARDO, A. R. et al. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 587-594, out./dez. 2006.

MACHADO, J. C. et al. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev. Bras. Geriatr. Geronto.*, Rio de Janeiro; v. 14, n. 1, p. 109-121, 2011.

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas. *Revista Texto e Contexto*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, abr./jun. 2007.

MITRUSHINA, M. et al. *Handbook of normative data for neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press, 2005.

PAULO, D. L. V.; YASSUDA, M. S. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Rev. Psiq. Clín.*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 23-26, 2010.

PEREIRA, L. S. M.; GORETTI, L. C.; OLIVEIRA, D. L. C. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Rev. Bras. Fisioter.*, São Carlos, v. 10, n. 1, p. 91-97, 2006.

PONTES-BARROS, J. F. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados na cidade de Maceió – AL. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 168-174, abr./jun. 2010.

REIS, L. A. et al. Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados no município de Jequié-BA. *Psicol. Estud.*, Maringá, v. 14, n. 2, p. 295-301, abr./jun. 2009.

### 3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA II

#### NECESSIDADE DE CUIDADO E FUNCIONALIDADE ENTRE IDOSAS RELIGIOSAS

Neuza Maria Sangiorgio Mozer<sup>1</sup>; Adriano Pasqualotti<sup>2</sup>; Marilene Rodrigues Portella<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Fisioterapeuta. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

<sup>2</sup> Matemático. Mestre em Ciência da Computação e doutor em Informática na Educação, ambos pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Líder do Grupo de Pesquisa Vivencer UPF/CNPq.

#### Resumo

O objetivo foi avaliar a necessidade de cuidado autorreferida e a funcionalidade entre idosas religiosas. Trata-se de estudo transversal de base populacional. A coleta realizou-se com questionário estruturado contendo dados sociodemográficos, autorreferência para necessidade de cuidados e avaliação da funcionalidade, através do Index de Katz, averiguando independência nas atividades da vida diária (AVD). Os dados foram analisados por meio dos testes de Mann-Whitney e qui-quadrado, para um nível de significância de  $p \leq 0,05$  e intervalo de confiança (IC) de 95%. Apresentam resultados significativamente estatísticos para as variáveis banhar-se, vestir-se e ir ao banheiro. Conclui-se que embora referindo necessidade de cuidado, as irmãs reservam a si no

---

máximo o autocuidado. As evidências remetem à necessidade de ampliar os estudos neste cenário do envelhecimento haja vista ser este processo progressivo e expressivo dentro das próprias congregações religiosas.

Palavras-chave: Envelhecimento; Feminização; Saúde; Longevidade; Doença Crônica.

#### Abstract

The objective was to evaluate the need for careful self-reported and functionality among elderly religious. This is a population-based cross-sectional study. The collect was performed using a structured questionnaire on sociodemographic characteristics, self-reference for the need for care and evaluation of functionality through the Katz Index, checking independence in activity of daily living (ADL). Data were analyzed using the Mann-Whitney and chi-square for a significance level of  $p \leq 0.05$  and confidence interval (CI) of 95%. Presenting statistical results significantly for the variables bathing, dressing and using the toilet. We conclude that although referring care need, the nuns allow themselves maximum self-care. The evidence suggest the need to expand the studies of aging in this scenario considering that this progressive process that occur within their own religious congregations.

Keywords: Aging; Feminization; Health; Longevity; Chronic Disease.

#### Resumen

El objetivo fue evaluar la necesidad de una cuidadosa percepción subjetiva y la funcionalidad de los religiosos ancianos. Este es un estudio transversal basados en la población. La colección se ha realizado mediante un cuestionario estructurado sobre características sociodemográficas, la auto-referencia a la necesidad de atención y evaluación de la funcionalidad mediante el Índice de Katz, comprobando la independencia en actividades de la vida diaria (AVD). Los datos fueron analizados mediante la prueba de Mann-Whitney y chi-cuadrado para un nivel de significación de  $p \leq 0,05$  e intervalo de confianza (IC) del 95%. La presentación de los resultados estadísticos de manera significativa para el variables baño vestirse y usar el baño.

---



---

Llegamos a la conclusión de que aunque refiriéndose necesidad de atención, las hermanas dejan máxima auto-cuidado. La evidencia sugiere la necesidad de ampliar los estudios de envejecimiento en este escenario se considera este proceso progresivo y significativo dentro de sus propias congregaciones.

Palabras clave: Envejecimiento; Feminización; Salud; Longevidad; Enfermedad Crónica.

### *3.1 Introdução*

O envelhecimento populacional acarreta em aumento na quantidade de idosos dependentes, seja por consequência de uma doença crônica não transmissível ou pelo ônus do próprio envelhecimento (PEDREIRA; LOPES, 2012). O processo de envelhecimento, característica evidenciada na demografia atual, decorre de vários fatores, entre eles, a evolução do conhecimento, o avanço da ciência e da tecnologia, melhoria na cobertura das necessidades sociais e das condições sanitárias aliadas às medidas de prevenção e queda das taxas de natalidade/mortalidade, o que ocasiona incremento da esperança média de vida e longevidade (RIBEIRO, 2007).

As mudanças fisiológicas inerentes a este processo, quase sempre resultam na diminuição da capacidade funcional a médio e longo prazo, as quais, tornam os idosos mais suscetíveis à fragilidades e à dependência de cuidados (MESQUITA, 2009). A capacidade funcional pode ser definida como o grau de preservação da habilidade em executar, de forma autônoma e independente, as atividades de vida diária que dependem de habilidades físicas e mentais (LEANDRO, 2011).

A longevidade quase sempre traz consigo eventos ou fatores que levam o indivíduo ao declínio de suas capacidades funcionais chegando até à necessidade de cuidados de longa duração (CLD). Historicamente, a atividade de cuidar, seja das crianças ou das gerações mais velhas, tem sido predominantemente feminina, tendo em vista que as mulheres constituem a maior parcela da população idosa e são as principais

---

cuidadoras, sejam familiares ou remuneradas (LLOYD-SHERLOCK, 2010). A maior sobrevida e longevidade feminina é uma realidade confirmada em diversos estudos descritos na literatura. Para as mulheres brasileiras a esperança de vida ao nascer chega aos 77,3 anos (IBGE, 2010).

Os fatores intrínsecos e extrínsecos que permeiam o dia-a-dia das pessoas durante o curso de suas vidas podem produzir consequências na velhice quase sempre associadas à dependência parcial ou total para a realização das atividades de autocuidado e possuem repercussões mais profundas do que simplesmente depender de um cuidador. O pudor que a maioria dos idosos preserva quanto à exposição do corpo, por exemplo, mesmo para pessoas de sua intimidade, cria constrangimentos que podem levar à complicação de sua saúde (SILVA et al., 2006).

Por outro lado, a prevenção da instalação de processos incapacitantes é sugerida e estimulada de várias formas, incluindo prática de atividade física, exercícios de reabilitação e funcional, hábitos de vida diária saudáveis entre outros, os quais, são fundamentais para a manutenção da funcionalidade e independência no processo de envelhecimento e na literatura, encontramos evidências descritas em importantes trabalhos, os quais vêm apontando relação benéfica de tais práticas atuando na manutenção da capacidade funcional dos indivíduos na velhice (BEN-EZRA; SHMOTKIN, 2006; PELEGRIN et al., 2008).

O presente estudo abordou o cenário do envelhecimento na Vida Religiosa Consagrada (VRC) feminina diante da necessidade de cuidados de longa duração. Como vivem as religiosas idosas que necessitam de CLD? Quem são elas? Quais suas condições de saúde e funcionalidade para as AVD? Qual a tipologia de cuidados que aportam?

Diante da carência de pesquisas neste cenário do envelhecimento, acreditamos que os resultados aqui pontuados venham contribuir com dados relevantes, obtenção de subsídios referentes aos CLD e produção de novos conhecimentos nessa área a partir do

---

---

olhar lançado às comunidades de idosas religiosas. Acreditamos que um estudo desta natureza possa agregar informações para demais congêneres que dispensam serviços ligados aos CLD nesse contexto.

O interesse pela temática deve-se em parte ao incentivo de minha orientadora e coorientador além da proximidade com a realidade abordada, devido à opção pessoal à Vida Religiosa a qual vivencio por mais de uma década em uma congregação e boa parte deste tempo, dedicado ao cuidado das irmãs idosas. Como discente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, considerei importante aprofundar a temática e refletir sobre a velhice de meus pares, uma vez que a maioria das congregações encontra-se em crescente processo de envelhecimento e apresentando alta longevidade entre seus membros. O presente estudo objetivou avaliar fatores associados à necessidade de cuidado autorreferida e à funcionalidade entre idosas religiosas.

### *3.2 Metodologia*

Estudo transversal de base populacional, desenvolvido em uma cidade da região norte do Rio Grande do Sul - Brasil em três residências destinadas aos CLD dos membros idosos, pertencentes a três diferentes congregações religiosas, estudo este envolvendo mulheres acima de sessenta anos. A amostra foi constituída por cinquenta idosas religiosas e o critério considerado para fazer parte do mesmo foi ter sessenta anos ou mais e estar morando nas residências destinadas aos CLD das congregações às quais são pertinentes independentemente da condição de cuidadoras ou necessitadas de cuidados.

A coleta realizou-se por meio de entrevista no primeiro semestre de 2012, empregando um questionário estruturado contendo, entre outros, dados sociodemográficos, autorreferência para necessidade de cuidados e avaliação da funcionalidade, obtida com a aplicação do Index de Katz para investigar a

---

independência nas Atividades de Vida Diária (AVD). Criado por Sidney Katz e publicado pela primeira vez em 1963, até hoje é um dos instrumentos mais usados em estudos com idosos, devido à praticidade na aplicação e confiabilidade. As variáveis contempladas para avaliação funcional são descritas como Atividades de Vida Diária e relacionadas ao autocuidado, como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, continência e alimentar-se, classificando os indivíduos como independentes, parcialmente dependentes ou dependente (PONTES-BARROS, 2010). O instrumento é recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Os dados foram analisados utilizando o SPSS 18.0. Para avaliar a associação entre as variáveis aplicaram-se os testes de Mann-Whitney e exato de Fisher, considerando nível de significância de  $p \leq 0,05$  e intervalo de confiança (IC) de 95%. Os indivíduos foram classificados como independentes, parcialmente dependentes e dependentes nas variáveis relacionadas às necessidades de cuidado autorreferida.

A realização do estudo foi autorizada pelas Coordenadoras das respectivas Residências, observa a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde nas suas diretrizes e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado às participantes e assinado pelas mesmas ou representantes de direito. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, com parecer favorável à sua execução, protocolo n. 312/2011.

### 3.3 Resultados

Participaram do estudo cinquenta religiosas idosas. A média de idade foi de 82,3 anos (DP = 9,3). Quanto ao tempo de vida religiosa, a média foi de 60,6 anos (DP = 9,9). Relativo à escolaridade, a média de anos de estudo encontrada foi de 11,3 anos (DP = 4,6). No que confere a atenção à pessoa idosa, 38 (76,0%) acusou necessidade de cuidado. Por outro lado, oito (16,0%) passaram a ser cuidadoras ao serem transferidas

para as residências de CLD. A Tabela 2 apresenta a relação entre as necessidades de cuidado versus idade, tempo de vida religiosa e anos de estudos.

Tabela 2 - Necessidade de cuidado versus idade, tempo de vida religiosa e anos de estudos.

Variáveis	Necessidade de cuidados	Média	Desvio padrão	p
Idade	Sim	85,1	8,0	< 0,001
	Não	73,7	8,1	
Tempo de vida religiosa	Sim	62,6	9,5	0,004
	Não	54,3	8,9	
Anos de estudos	Sim	10,1	4,0	0,001
	Não	15,2	4,1	

*Teste de Mann-Whitney. Valor significativo para um  $p \leq 0,05$ .*

A necessidade de cuidados autorreferida foi analisada dicotomicamente com três variáveis: idade, tempo de vida religiosa e anos de estudo. Quando relacionada à idade os indivíduos que afirmaram necessidade de cuidado apresentam média de 85,0 anos e (DP = 7,9). Quanto ao tempo de vida religiosa, a prevalência da necessidade de cuidados foi manifestada entre as que apresentaram mais tempo na instituição, com média de 62,6 anos e (DP = 9,5). Na relação com os anos de estudo, a necessidade de cuidado foi manifesta entre os indivíduos que apresentam maior média de anos de estudo 15,1 anos e (DP = 4,1), destacando que todas as variáveis foram estatisticamente significativas quando relacionadas às necessidades de cuidado, conforme evidenciado na tabela 2.

A Tabela 3 apresenta a relação entre a capacidade funcional para as AVD segundo as variáveis do Index de Katz e a necessidade de cuidado autorreferida para a realização das AVD.

Tabela 3 - Fatores associados à necessidade de cuidado autorreferida e funcionalidade

Variáveis	Categorias	Necessidade de cuidado		p
		Sim	Não	
Banhar	Independente	13 (56,5)	10 (43,0)	0,010
	Parcialmente dependente	18 (90,0)	2 (10,0)	
	Dependente	7 (100)	0 (0,0)	
Vestir	Independente	14 (56,0)	11 (44,0)	0,004
	Parcialmente dependente	18 (94,7)	1 (5,3)	
	Dependente	6 (100,0)	0 (0,0)	
Ir ao banheiro a tempo	Independente	17 (60,7)	11 (39,3)	0,016
	Parcialmente dependente	15 (93,8)	1 (6,3)	
	Dependente	6 (100,0)	0 (0,0)	
Transferência	Independente	18 (64,3)	10 (35,7)	0,072
	Parcialmente dependente	13 (86,7)	2 (13,3)	
	Dependente	7 (100,0)	0 (0,0)	
Continência	Independente	19 (67,9)	9 (32,1)	0,207
	Parcialmente dependente	13 (81,3)	3 (18,8)	
	Dependente	6 (100,0)	0 (0,0)	
Alimentar-se	Independente	24 (68,8)	11 (31,4)	0,152
	Parcialmente dependente	8 (88,9)	1 (11,1)	
	Dependente	6 (100,0)	0 (0,0)	

*Teste de qui-quadrado. Valor significativo para um  $p \leq 0,05$ .*

---

Destacam-se valores estatisticamente significativos para a necessidade de cuidado autorreferida quando relacionada às variáveis banhar-se ( $p = 0,010$ ), vestir-se ( $p = 0,004$ ) e ir ao banheiro a tempo ( $p = 0,016$ ).

Quanto à prática de exercício físico, 26 (52,0%) praticam raramente, 20 (40,0%) praticam com frequência, três (6,0%) nunca realizam atividade física e uma parou de praticar. A funcionalidade, avaliada através do index de Katz, analisou o desempenho das seis funções para as AVD, conforme sugerido. Quanto a alimentar-se, 35 (70,0%) relataram independência para a tarefa. Já nos itens continência e ir ao banheiro a tempo 28 (56,0%) relatam que conseguem fazê-lo sem dificuldade. Na transferência, 26 (52,0%) realizam a tarefa de forma independente. Para vestir-se, 25 (50,0%) são independentes na realização desta atividade. Banhar-se, 23 (46,0%) conseguem fazê-lo de forma independente.

### 3.4 *Discussão*

A dependência e a incapacidade funcional observadas nos resultados do estudo em questão não podem negligenciar o fato de a amostra apresentar alta média de idade, concordando com outras pesquisas nas quais se evidenciam que o fato de ter 80 anos ou mais, acarreta maior propensão à dependência e, conforme aumenta a idade, aumentam as chances de ocorrências desfavoráveis para as capacidades funcionais (ARAÚJO; CEOLIM, 2007; SANTOS; PAVARINI, 2011; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; BEN-EZRA; SHMOTKIN, 2006).

Atividades relacionadas ao autocuidado, como banhar-se, vestir-se e ir ao banheiro a tempo demonstraram-se comprometidas para um número significativo dos indivíduos da pesquisa. Estudos concordam que, na evolução da faixa etária, ocorre maior nível de dependência para as AVD e que a capacidade funcional inadequada associa-se à idade igual ou maior que 70 anos e ser do sexo feminino (PONTES-BARROS et al, 2010; FIEDLER; PERES, 2008).

---

Destaca-se a alta média de anos de estudos encontrada entre os indivíduos, dado que não corrobora com outro estudo o qual, referente à necessidade de cuidado, encontrou na baixa escolaridade um dos fatores mais fortemente associados à incapacidade funcional em idosas brasileiras (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005).

Para a atividade de ir ao banheiro a tempo, os dados da pesquisa corroboram com outro estudo envolvendo indivíduos idosos no qual a porcentagem de dependência é relatada por um número significativo quando realizada avaliação da necessidade de ajuda total ou de não conseguirem realizar uma determinada AVD, sendo que ir ao banheiro ficou entre as mais relatadas (DEL DUCA et al, 2011).

Resultado de significância estatística foi encontrado também para a atividade de vestir-se, discordando de outro estudo no qual não foram observados resultados significativos quando se relacionou a idade com o desempenho de idosos na realização das atividades propostas pelo Index de Katz, entre elas, vestir-se (OLIVEIRA; GORETTI; PEREIRA, 2006).

As idosas apresentaram maior dependência funcional para as atividades banhar-se e vestir-se, corroborando com resultados encontrados em outros estudos analisando dependência para as AVD e funcionalidade em pessoas idosas, ao mesmo tempo, demonstram que tal quadro pode ser revertido e mutável com prevenção e reabilitação (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

Foi encontrada em nosso estudo, dependência com resultado estatisticamente significativo na avaliação da atividade de banhar-se, corroborando com outras pesquisas nas quais os achados revelam que o banho é a AVD menos realizada tanto para os idosos que vivem em contextos de baixa e média vulnerabilidade social como para de alta e muito alta vulnerabilidade social, sendo esta atividade a que apresentou o menor percentual de independência (SANTOS; PAVARINI, 2011; DEL DUCA et al, 2011).



---

Demonstrou-se associação significativa para as funções de banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro e necessidade de cuidado, todavia, as demais AVD, como transferência, continência e alimentação foram funções encontradas relativamente mais preservadas, concordando com outros estudos nos quais, entre as atividades básicas da vida diária investigadas, os idosos apresentaram maior percentual de independência para comer, igualmente para a transferência e a continência (DEL DUCA et al, 2011; PONTES-BARROS et al, 2010).

Um dado do estudo que nos chamou a atenção é o fato de que enquanto 76,0% do total acusou dependência para alguma AVD, nas constatações referentes à necessidade de cuidado autorreferida, a atividade banhar-se foi significativamente mais preservada pelas idosas, sugerindo que tal atitude pode estar relacionada à “sacralidade do corpo” e assim, a dependência na velhice seja fator de sofrimento, de constrangimento para a religiosa. Estudo realizado por Águas (2010) aborda o assunto alegando que o sentimento de pudor (vergonha) e a atitude de resguardo (ocultação) do corpo ainda é um tabu, transformando esta concepção numa estrutura psicológica. Se por um lado para o cuidador, tal atitude pode até ter conotação de “banalização”, para a religiosa que necessita de cuidado o sentido é de “sacralidade”. Tal pensamento [grifo nosso] reforça-se ainda mais neste cenário devido à severa da formação à VRC que estas idosas receberam entre as décadas de 1930 e 1960 (período pré-conciliar) além da austeridade na vida conventual, vivenciada no cotidiano de tais mulheres.

### *3.5 Conclusões*

O estudo versou sobre a necessidade de cuidado e as condições de funcionalidade entre idosas religiosas as quais apresentaram ótimos níveis sociodemográficos quando comparados aos resultados de estudos realizados com outros grupos de mulheres nessa faixa etária, além de buscar atender o objetivo proposto.

---

Constataram-se prevalências significativas na necessidade de autocuidado relacionada ao desempenho das AVD pontuadas pelas variáveis do Index de Katz: banhar-se, vestir-se e ir ao banheiro, sendo que as demais: continência, transferência e alimentar-se apresentaram níveis de dependência não significativos. Sugere-se uma possível ligação desta proteção com as diferentes oportunidades oferecidas pela vida religiosa a qual o grupo é pertinente e que oportuniza aos seus membros acesso a bens e serviços de modo diferenciado da sociedade em geral. As mesmas apresentam alto índice de longevidade, fator relevante quando se trata de independência para as AVD.

Recomendam-se avanços na abordagem do assunto visando aprofundar tanto fatores que possam exercer influência negativa quanto a fatores que auxiliam com efeito positivo na independência, preservação do autocuidado e funcionalidade para as AVD entre mulheres idosas religiosas que apresentem alto índice de longevidade.

Não foram identificadas dificuldades para a realização da pesquisa, entretanto, o mesmo apresenta limitações por se tratar de um contexto específico, sugerindo a necessidade de futuras investigações neste cenário do envelhecimento ainda pouco pesquisado bem como a utilização de outras abordagens, as quais versem sobre questões subjetivas como forma a aprofundar a conjuntura que permeia a vida religiosa em seu cotidiano.

#### Contribuições dos autores

N. M. S. Mozer propôs o tema de pesquisa, realizou trabalho de coleta de dados e digitação dos mesmos, revisão de literatura e redigiu o manuscrito. A. Pasqualotti efetuou a análise e redação dos dados estatísticos e da metodologia. M. R. Portella supervisionou e fez a revisão crítica do trabalho conduzindo e orientando o mesmo em todas as etapas.

---

## Agradecimentos

Ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo pela concessão da bolsa nesses dois anos de Mestrado.

### 3.6 Referências

ÁGUAS, A. C. *Privacidade nos Cuidados de Enfermagem: importância atribuída pelos alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto*. (Projeto de Graduação) Licenciatura em Enfermagem. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade das Ciências da Saúde. Porto, 2010.

ARAÚJO, M. O. P. H.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 378-385, set. 2007.

BEN-EZRA, M.; SHMOTKIN, D. Predictors of mortality in the old-old in Israel: the Cross-sectional and Longitudinal Aging Study. *J. Am Geriatr. Soc.*, v. 54, n. 6, p. 906-911, jun. 2006.

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

DEL DUCA, G. F. et al. Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde*, Pelotas, v. 16, n. 2, p. 120-124, 2011.

\_\_\_\_\_; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 796-805, out. 2009.

FIELDER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, jan./fev. 2008.

---

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tábuas Completas de Mortalidade do Brasil*, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 17 nov. 2012.

LEANDRO, L.A. *Fatores associados ao desempenho funcional de idosos portadores da Doença de Parkinson*. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna e Ciências da Saúde). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011.

LLOYD-SHERLOCK, P. Ageing, development and social protection: generalizations, myths and stereo types. In: CAMARANO, A. A. (Org). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 18.

MESQUITA, G.V. Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 63-7, jan./mar. 2009.

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. *Rev. Bras. Fisioter.*, São Carlos, v. 20, n. 1, p. 91-96, 2006.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev. de Saúde Pública.*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 383-390, jun. 2005.

PEDREIRA, L. C.; LOPES, R. L. M. Vivência do idoso dependente no domicílio: análise compreensiva a partir da historicidade heideggeriana. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiás, v. 14, n. 2, p. 304-312, 2012 abr/jun, 2012.

PELEGRIN, A. K. et al. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. *Arq. Ciênc. Saúde*, São José do Rio Preto, v. 15, n. 4, p. 182-188, out./dez. 2008.

PONTES-BARROS, J. F. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados na cidade de Maceió – Al. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 168-174, abr./jun. 2010.

---

RIBEIRO, A. P. F. *Imagem da velhice em profissionais que trabalham com idosos: enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social*. Dissertação (Mestrado em Geriatria e Gerontologia). Aveiro: Universidade de Aveiro, 2007.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, E. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional em idosos em assistência domiciliar. *Ver. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-662, ago. 2005.

SANTOS, A. A. PAVARINI, S. C. I. Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 520-526. abr./jun. 2011.

SILVA, M. J. et al. *Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará*. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 201-206, abr./jun. 2006.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Buscando atender o objetivo geral, a pesquisa abordou o envelhecimento no contexto da VRC feminina. Entre outros, a proposta investigou as condições de saúde cognitiva e funcional de mulheres idosas necessitadas de CLD e membros de congregações religiosas, a partir do cotidiano conventual, permeado por hábitos de vida próprios e assim, agregar conhecimentos referentes ao tema atendendo, em parte, os objetivos específicos da mesma.

O estudo progrediu considerando a proposta do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF e sintetizou aqui parte dos resultados obtidos em duas produções científicas nas quais, os dados coletados foram sistematizados e descritos referindo o perfil sócio demográfico da coorte pesquisada, a avaliação das condições de saúde e o delineamento do estado de cognição e funcionalidade destas mulheres. Tais produções estão anexas ao presente texto e devidamente submetidas à publicação. Os demais dados, alusivos aos hábitos alimentares e atividades de ocupação do tempo livre, partes integrantes do instrumento utilizado na coleta, serão desenvolvidos em futuras produções.

Neste, a produção científica I teve como objetivo analisar os fatores associados ao desempenho cognitivo e à depressão entre idosas religiosas. Destacam-se nos resultados do MEEM melhores escores para indivíduos que apresentaram maior escolaridade e dados de significância estatística para as variáveis faixa etária, tempo de vida religiosa, anos de estudo e necessidade de cuidado. Os números da escala GDS-15 acusaram 87,8% dos sujeitos com pontuação positiva para depressão, sendo a grande maioria para depressão leve, entre 6 a 10 nos valores descritos para esta classificação. Foram identificados ainda como possíveis fatores associados à diminuição da capacidade cognitiva e histórico de depressão a necessidade de cuidado e a alta faixa etária. Tais evidências remetem à carência de mais estudos neste contexto, haja vista o

---

envelhecimento progressivo e a longevidade demonstrada dentro das próprias congregações religiosas, fato que cresce ainda mais diante do baixo número de novos membros ingressando nas mesmas atualmente.

Com a produção científica II objetivou-se avaliar fatores associados à necessidade de cuidado autorreferida e à funcionalidade entre idosas religiosas. Ao associar a necessidade de cuidado autorreferida com idade, tempo de vida religiosa e anos de estudo, os resultados foram de significância estatística para todas as variáveis, igualmente para as variáveis do Index de Katz ao avaliar a funcionalidade para banhar-se, vestir-se e ir ao banheiro. Constatou-se que, embora a grande maioria mencione alguma necessidade de cuidado, as irmãs reservam a si no máximo o autocuidado do corpo. Os resultados sugerem necessidade de ampliar os estudos neste cenário do envelhecimento que apresenta um contexto diferenciado e alto índice de longevidade.

O foco do tema abordado centrou-se no processo de envelhecimento de idosas religiosas. Em ambas as produções a descrição do perfil sóciodemográfico demonstrou alto índice de escolaridade e anos de vivência dentro da instituição, fatores que podem influenciar positivamente na vida do grupo. Entretanto, a identificação de aspectos associados ao desempenho cognitivo e funcional bem como a prevalência da necessidade de cuidados autorreferida ligadas à idade avançada, sugerem desenvolvimento e aplicação de um modelo de prevenção que possa contribuir para minimizar efeitos deletérios, inerentes ao processo de envelhecimento a exemplo, cuidado com a saúde, manutenção da funcionalidade, cultivo de hábitos alimentares saudáveis, lazer, entre outros, considerando o expressivo número de membros longevos revelado neste cenário do envelhecimento humano, além de possibilitar diminuição de custos e demanda por CLD tanto para grupos religiosos e seus membros idosos quanto para as famílias e sociedade em geral, haja vista que os estudos demográficos apontam cada vez mais aumento da expectativa de vida.

---

A realização da pesquisa transcorreu sem dificuldades, todavia, foram observadas limitações ligadas ao fato de o mesmo ser desenvolvido a partir de um contexto específico e particular: a VRC em seu cotidiano a qual, por sua natureza, inviabiliza generalizações. Creio que o trabalho somou conhecimentos e acrescentou informações úteis, as quais poderão servir de reflexão futura acerca desta temática importante que considera o envelhecimento em um cenário relativamente novo dentro das abordagens gerontológicas descritas na literatura.

Acrescentam-se alguns questionamentos ao final deste trabalho: De que forma a vivência dos votos religiosos segundo as normas de cada instituto podem influenciar positiva ou negativamente no desenvolvimento de dependências para as AVD's durante a velhice avançada? Quais as interferências da vivência conventual no viver e envelhecer de seus membros? Considerando-se a vida comunitária, votos religiosos, trabalhos pastorais e sociais entre outros, quais as interferências desta conjuntura vivenciada cotidianamente na qualidade de vida dos membros envelhecidos de congregações religiosas?

No decorrer do presente, percebemos que a necessidade de futuras investigações neste cenário do envelhecimento é um dos desafios apontados no estudo, haja vista que a literatura pouco descreve grupos de pessoas integrantes de congregações religiosas. Sugerem-se assim pesquisas que aprofundem e ousem ir além, ampliando os horizontes e utilizando metodologia que abarque aspectos ligados à espiritualidade, vida de oração, afetividade, sexualidade, vivência comunitária, entre outros, integrados e vivenciados durante décadas por estes indivíduos, hoje idosos.

Outro desafio é a ampliação da abordagem e reflexão acerca do envelhecimento no contexto religioso a nível acadêmico e científico contemplando igualmente a VRC masculina e o clero de dioceses, tema pretendo dar continuidade e desenvolver num futuro próximo tendo como finalidade contribuir com os saberes da ciência e da



---

gerontologia a partir da percepção e vivência de pessoas que fazem opções diferenciadas no curso de suas vidas, como é o caso dos religiosos.

A dissertação não poderia ser concluída sem a seguinte informação: a despeito da redação acadêmica, o presente texto tem autoria de sujeito portador de identidade própria e culturalmente situada como religiosa. Assim sendo, posso afirmar que tal fato motivou-me ainda mais o entusiasmo para desenvolver a pesquisa. Pessoalmente, vivenciar e aprofundar o tema entre meus pares durante estes dois anos na condição de mestranda e pesquisadora, agregou conhecimentos e crescimento humano e pessoal além de ressignificar e acrescentar preciosos conceitos e valores à minha vida, vislumbrando desafios e possibilidades positivas para este grupo. A nível profissional como fisioterapeuta, tive a oportunidade de atender um grupo de religiosas idosas durante o tempo do Mestrado, fator que muito contribuiu para aprofundamento da realidade estudada.

Por fim, ressalto a sensível sutileza do imensurável e da espiritualidade atuando como fonte e mística que plenifica de sentido a vida e opção à vida religiosa, abraçada com fidelidade por estas pessoas, quer sejam mulheres ou homens, a grande maioria, chegando até à velhice longeva.

## REFERÊNCIAS

ABREU, S. S. E.; CALDAS, C. P. Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosas participantes e não participantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Rev. Bras. Fisioter.*, São Carlos, v. 12, n. 4, p. 324-30, jul./ago. 2008.

ÁGUAS, A. C. *Privacidade nos Cuidados de Enfermagem: importância atribuída pelos alunos do. 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto.* (Projeto de Graduação) Licenciatura em Enfermagem. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade das Ciências da Saúde. Porto, 2010.

ALCÂNTARA, A. O. *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos.* Campinas, SP: Alínea, 2004.

ALEXANDRE, T. S.; CORDEIRO, R. C. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 613-621, maio. 2009.

ALVARENGA, M. C. V-B H. *Os 147% em questão: o movimento dos aposentados no Rio de Janeiro na década de 90.* Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense, p. 119, 2006.

ALVES, L. C. et al. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 1199-1207, jul/ago. 2008.

\_\_\_\_\_. et al. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, mai. 2010.

\_\_\_\_\_; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 468-478, mai./jun. 2010.

---

ANDERSON, T. M. et al. Effects of sociodemographic and health variables on Mini-Mental State Exam scores in older Australians. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, v. 15, n. 6, p. 467-476, 2007.

ANTES, D. L. et al. Índice de aptidão funcional geral e sintomas depressivos em idosos. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum. Florianópolis*, v. 14, n. 2, p. 125-133, 2012.

APÓSTOLO, J. et al. Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. *Revista Referência*, Coimbra, v. 2, n. 8, p. 45-49, 2008.

ARAÚJO, M. O. P. H.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev. Esc. Enferm., São Paulo*, v. 41, n. 3, p. 378-385, set. 2007.

ARGIMON, I. I. L. et al. O impacto de atividades de lazer no desenvolvimento cognitivo de idosos. *Rev. Bras. Ciên. Envelhec. Hum.*, Passo Fundo, v. 1, n. 1, p. 38-47, jan./jun. 2004.

BEAUVOIR, S. de. *A Velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. Estudo sobre a formação presbiteral num seminário católico. *Estud. Psicol. Campinas*, v. 20, n. 3, p. 99-123, set./dez. 2003.

BEN-EZRA, M.; SHMOTKIN, D. Predictors of mortality in the old-old in Israel: the Cross-sectional and Longitudinal Aging Study. *J. Am. Geriatr. Soc.* v. 54, n. 6, p. 906-911, jun. 2006.

BICCA, M. G.; ARGIMON, I. I. L. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosos institucionalizados. *J. Bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 133-138, 2008.

BORN, T., BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. pp.1131-1141.

---

BOWLING, A.; DIEPPE, P. What is successful ageing and who should define it? *The British Medical Journal, BMJ*, v. 33, n. 7531, p. 1548-1551, dec. 2005.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos. *V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade dos abrigos e asilos de idosos no Brasil*. Brasília, DF: Comissão de Direitos Humanos, 2002. Disponível em: <[http://www.dhnet.org.br/dados/caravanas/br/v\\_caravana.htm](http://www.dhnet.org.br/dados/caravanas/br/v_caravana.htm)>. Acesso em: 16 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria n. 2528/GM de 19 de outubro de 2006. Brasília – DF. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, RJ, Guanabara Koogan, 2006. p. 88-105.

\_\_\_\_\_ et al. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (Org). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 187.

\_\_\_\_\_; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs.

---

In: CAMARANO, A. A. (Org). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 93-122.

\_\_\_\_\_; LEITÃO E MELLO, J. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A. A. (Org). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 67-91.

\_\_\_\_\_; SCHARFSTEIN, E. A. Instituições de longa permanência para idosos: abrigo ou retiro?. In: CAMARANO, A. A. (Org). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 163-186.

CAMPS, V. El valor y el ejercicio del cuidado. In: INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (Org.). *Libro blanco sobre envejecimiento activo*. Madrid: IMSERSO 2011. p. 633-678.

CARVALHO, J. S. A. Satisfação de idosos com aparelhos auditivos concedidos no estado do Tocantins. *Arq. Int. Otorrinolaringol.*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 416-426, 2007.

COLUSSI, E. L. *A maçonaria gaúcha no século XIX*. Passo Fundo: Editora Universidade de Passo Fundo, 2011.

COMPÊNDIO DO VATICANO II: *Constituições, Decretos e Declarações*. (org.) KLOPPENBURG, B.; VIER, F. Vozes, Rio de Janeiro, 1968.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL (CNBB). *Fraternidade e pessoas idosas*. Texto base CF-2003. São Paulo: Salesiana, 2002.

\_\_\_\_\_. *Código de Direito Canônico*. Tradução oficial: Nota, comentários e índice analítico por Pe. Jesús Hortal. São Paulo: Loyola, 1998.

CORRÊA, E. C. G. S.; BESSA, C. K. A. *Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados no município de Belém - PA*. Monografia (Curso de Fisioterapia). Universidade da Amazônia - UNAMA. Belém, Pará, 2006.

---

COSTA, E. F. A. *Análise de soroprevalência para as infecções pelos vírus das hepatites B e C em idosos residentes em asilos no município de Goiânia (GO)*. Dissertação (Programa de mestrado em medicina tropical. Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública) - Universidade de Goiás, Goiânia, 2004.

CRUZ, D. T.; CAETANO, V. C.; LEITE, I. C. G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 500-508, 2010.

DEL DUCA, G. F. et al. Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. Pelotas, v. 16, n. 2, p. 120-124, 2011.

\_\_\_\_\_; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 796-805, out. 2009.

DUARTE, Y. A. O. *Envelhecimento, funcionalidade e arranjos domiciliares na América Latina e Caribe*. (Tese Livre-Docência) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, p. 205, 2005.

\_\_\_\_\_. et al. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo sabe. (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 123-144.

\_\_\_\_\_. Serviços de atendimento aos idosos. In: CERQUEIRA, A. T. de A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. (Org.). *Compreendendo o cuidado do idoso: uma abordagem multiprofissional*. Botucatu: Cultura Acadêmica, UNESP, 2006.

FABRÍCIO, S. C. C. et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 721-726, set./out. 2004.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 167-76, jan./mar. 2012.

---

FERNANDES, H. M. et al. A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos. *Revista Motricidade*, Vila Real, Portugal, v. 5, n. 1, p. 33-50, 2009.

FIELDER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, jan./fev. 2008.

FOLSTEIN, M. F; FOLSTEIN, S. E; MCHUGH, P. R. "Mini-Mental State": a practical Method for grading the cognitive state of patients for the clinic. *J. Psychiatr. Res*, v. 12, p. 198-198, 1975.

FONSECA, A.M. O envelhecimento bem sucedido. In: C. PAÚL; A.M. FONSECA (Org.). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa, Climepsi Editores, 2005.

FRANÇA, J.C. *Educação e corporeidade: o corpo como elemento da autonomia em mulheres idosas*. Dissertação (Mestrado) Centro Universitário Salesiano de São Paulo. UNISAL. Americana, São Paulo. 2010.

FRANK, A. A.; SOARES, E. A. *Nutrição no Envelhecer*. São Paulo: Atheneu, 2002.

FURLANI, D . D. *Juventude e afetividade: tecendo projeto de vida pela construção de mapas afetivos*. 143f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

GALHARDO, V. A. C.; MARIOSIA, M. A. S.; TAKATA, J. P. I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Rev. Méd. de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 16-21, jan./mar. 2010.

GLYMOUR, M. M. et al. Social ties and cognitive recovery after stroke: does social integration promote cognitive resilience? *Neuroepidemiology*. v. 31, n. 1, p. 10-20, 2008.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GONDIM, L. V. C. *Violência intrafamiliar contra o idoso: uma preocupação social e jurídica*. 2010. Disponível em: <<http://www.pgj.ce.gov.br>> Acesso em: 16 nov. 2012.

---

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tábuas Completas de Mortalidade do Brasil*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 17 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 16 nov. 2012.

JACOB FILHO, W. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. São Paulo. *BIS - Boletim Instituto de Saúde*, São Paulo, n. 47, p. 27-32, abr. 2009.

JÓIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALÍSIO, M. R. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, n. 17, v. 3, p. 187-194, jul./set., 2008.

KARINKANTA, S. et al. Factors predicting dynamic balance and quality of life in home-dwelling elderly women. *Gerontology*. v. 51, n. 2, p. 116-121, mar./abr. 2005.

KOCH FILHO, H.R., BISINELLI, J.C. Abordagem de famílias com idosos. In: MOYSÉS ST, KRIGER L, MOYSÉS SJ. *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 236-245.

LAKS, J. et al. Mini-Mental State Examination norms in a community-dwelling sample of elderly with low schooling in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 315-319, fev. 2007.

LAMOND, A. J. et al. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *J. Psychiatry Res.*, v. 43, n. 1, p. 148-54, 2009.

LEANDRO, L.A. *Fatores associados ao desempenho funcional de idosos portadores da Doença de Parkinson*. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna e Ciências da Saúde). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011.

LLOYD-SHERLOCK, P. Ageing, development and social protection: generalizations, myths and stereo types. In: CAMARANO, A. A. (Org). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 18.



LOBATO, A. T. G. Serviço social e envelhecimento: perspectivas de trabalho do assistente social na área da saúde. In: BRAVO, M. I. S. (Org.). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2004, p. 135-149.

LOYOLA FILHO, A. et al. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 89-99, 2008.

LUZARDO, A. R. et al. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 587-594, out./dez. 2006.

LYRA, S. N. M. N. *O Envelhecimento da população brasileira e o aumento do uso de medicamentos – A Atenção Farmacêutica como política pública para o acompanhamento do uso de medicamentos*. Belo Horizonte. UFMG/FAFICH, 2008. Disponível em: [artigocientifico.uol.com.br/acervo/4/50/tpl\\_2358.html](http://artigocientifico.uol.com.br/acervo/4/50/tpl_2358.html). Acesso em: 05 dez 2012.

MACHADO, J. C. et al. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev. Bras. Geriatr. Geronto.*, Rio de Janeiro; v. 14, n. 1, p. 109-121, 2011.

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas. *Revista Texto e Contexto*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, abr./jun. 2007.

MARTINS, R. M. L.; RODRIGUES, M. L. M. Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium. Revista do ISPV*, n. 29, p. 249-254, jun. 2004.

MASCARELO, A. *Condições de vida e saúde dos idosos no município de Coxilha-RS*. 131 p. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo/UPF. Passo Fundo, 2011.

MEDEIROS, S. A. R. Como pensar a vida. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 75, p. 1-208, 2003.

---

MERCADANTE, E. F. Algumas reflexões sobre o lugar social da velhice e do velho. In: São Paulo. *Secretaria da Saúde. Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, p. 16-17, 2007.

MESQUITA, G.V. Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. *Texto contexto enferm.*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 63-7, jan./mar. 2009.

MITRUSHINA, M. et al. *Handbook of normative data for neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press, 2005.

MORAES, E. N. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: *Organização Pan-Americana da Saúde*, n. 98, p. 43, 2012.

MOZER, N. M. S.; OLIVEIRA, S. G.; PORTELLA, M. R. Musicoterapia e exercícios terapêuticos na qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 229-244, 2011.

NARDI, E. F. R., MIGUEL, M. E. G. B., SALVIATTO, P. dos S. V. Envelhecimento e saúde: perfil de idosos em um município do Norte do Paraná. *Revista F@pciência*, Apucarana-PR, v. 7, n. 1, p. 1-12, 2010.

NASCIMENTO, L. C. et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 61, n. 4, p. 514-517, jul./ago. 2008.

NERI, A. L. Desafios ao bem-estar físico e psicológico enfrentados por idosos cuidadores no contexto da família: dados do FIBRA Campinas. In: CAMARANO, A. A. (Org). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 303-336.

NERI, A. L. *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Editora Papirus, 2006.

\_\_\_\_\_. *Idosos no Brasil vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

\_\_\_\_\_. Melhor Idade para Quem? In: 19ª Conferência Mundial de Serviço Social, Centro de Conferências Salvador/Bahia, 2008.

---

NUNES, M. P. *O envelhecimento no feminino: um desafio para um novo milênio*. Lisboa: Quarteto Editorial, 2005.

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. *Rev. Bras. Fisioter.*, São Carlos, v. 20, n. 1, p. 91-96, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002 / Organização das Nações Unidas*. Tradução de Arlene Santos. — Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, (Série Institucional em Direitos Humanos, v. 1), 2003.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 383-390, jun. 2005.

PAULO, D. L. V.; YASSUDA, M. S. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Rev. Psiq. Clín.*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 23-26, 2010.

PEDREIRA, L. C.; LOPES, R. L. M. Vivência do idoso dependente no domicílio: análise compreensiva a partir da historicidade heideggeriana. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiás, v.14, n.2, p. 304-312, abr/jun, 2012.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, M. M. L. (org). *Velhice ou terceira idade? Estudos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: FVG, 2006.

PELEGRIN, A. K. et al. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. *Arq Ciênc Saúde*. São José do Rio Preto, v. 15, n. 4, p. 182-188, out./dez. 2008.

PEREIRA, L. S. M.; GORETTI, L. C.; OLIVEIRA, D. L. C. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Rev. Bras. Fisioter.*, São Carlos, v. 10, n. 1, p. 91-97, 2006.

PEREIRA, W. C. C. *Sofrimento psíquico dos presbíteros: dor institucional*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

---

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-667, jul./set., 2006.

PINTO, J. L. G. et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 753-764, 2006.

PONTE, A. Q. *Afetividade de idosos de vida religiosa consagrada e a moradia na casa de saúde: projetos de vida e processo de estabilização residencial*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Fortaleza, 2010.

PONTES-BARROS, J. F. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados na cidade de Maceió – Al. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 168-174, abr./jun. 2010.

PORTELLA, M. R. A pessoa idosa no contexto rural da 6<sup>o</sup> CRS. In: CREUTZBERG, M. et. al. *VII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica*, 2008, Porto Alegre, Anais. Brasília: ABEn, 2008.

REIS, L. A. et al. Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados no município de Jequié-BA. *Psicol. Estud. Maringá*, v. 14, n. 2, p. 295-301, abr./jun. 2009.

RIBEIRO, A. P. et al. A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1265-1273, jul./ago. 2008.

RIBEIRO, A. P. F. *Imagem da velhice em profissionais que trabalham com idosos: enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social*. Dissertação (Mestrado em Geriatria e Gerontologia). Aveiro: Universidade de Aveiro, 2007.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, E. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional em idosos em assistência domiciliar. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-662, ago. 2005.

ROBERTO, K. A.; JARROT, S. E. Family caregivers of older adults: a life span perspective. *Family Relations*, v. 57, n. 1, p. 100-111, jan. 2008.

ROCHA, S. V.; CARNEIRO, L. R. V. Condições de saúde de mulheres idosas residentes em uma cidade do nordeste do Brasil. *Arq. Ciênc. Saúde*, Umuarama, v. 17, n. 2, p. 80-83, abr/jun, 2010.

SANTOS, A. A. PAVARINI, S. C. I. Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 520-526. abr./jun. 2011.

SANTOS, S. A. L.; TAVARES, D. M. S; BARABOSA, M.H. Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 692-697, 2010.

SAÚDE BRASIL: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. 2008. Disponível, em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>> Acesso em: 19 ago. 2011.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2008.

SERBIN, K. P. *Padres, celibato e conflito social: uma história da Igreja Católica no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

SHEIKH, J.I., YESAVAGE, J.A. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin. Gerontol*, v. 5, n. 1/2, p. 165-173, jun. 1986.

SILVA, A. E.; MENEZES, E. A. G.; COELHO, T. O. A.; MORAES, E. N. *Aspectos Bio-Psico-Sociais dos Idosos Institucionalizados na Casa do Ancião da Cidade Ozanan, no Ano de 2005, em Belo Horizonte*. (Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG). Belo Horizonte, out. 2005.

SILVA, M. J. et al. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 201-206, abr./jun. 2006.

SOUZA, R. F.; MATIAS, H. A. BRÊTAS, A. C. P. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.6, p. 2835-2843, set. 2010.

---

TAGLIAPIETRA, M. V.; GARCES, S. B. B. Condições de saúde e dados sócio-demográficos de idosos institucionalizados na cidade de Cruz Alta, RS. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, a. 16, n. 164, jan. 2012.

TEIXEIRA, I.N.D.A.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 81-94, jan./mar. 2008.

TEIXEIRA, S. M. Envelhecimento do trabalhador e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira. *Argumentum*, Vitória, v. 1, n. 1, p. 63-77, jul./dez. 2009.

\_\_\_\_\_. *Envelhecimento e trabalho no tempo do capital*, São Paulo: Cortez, 2008.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-554, mai./jun. 2009.

\_\_\_\_\_. Velhice e envelhecimento: A longevidade da população: desafios e conquistas. *Rev Serv Soc e Sociedade* (Especial Envelhecimento), São Paulo, v. 24, n. 75, p. 5-18, set. 2003.

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

## ANEXOS

Anexo A. Parecer Comitê de Ética





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

**PARECER N. 312/2011**

O Comitê de Ética em Pesquisa – UPF, em reunião no dia 27/07/11, analisou o projeto de pesquisa “**Envelhecimento, Vida Religiosa Consagrada feminina e cuidados de longa duração: um estudo no contexto de Passo Fundo – RS**”, CAAE n. 0138.0.398.000-11, de responsabilidade da pesquisadora **Neusa Maria Sangiorgio Mozer**.

O projeto tem como objetivo descrever as condições de saúde de mulheres idosas sob cuidados de longa duração, em Congregações Religiosas em Passo Fundo-RS.

A pesquisa caracteriza-se como um estudo transversal, de cunho analítico descritivo. O estudo é de cunho populacional que será desenvolvido em três residências que se destinam a cuidados de longa permanência para idosas religiosas, na cidade de Passo Fundo, quais sejam: Instituto Cristo Rei, pertencente à Congregação das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeu – (Carlistas), Comunidade Santa Isabel, pertencente à Congregação das Irmãs do Divino Salvador - (Salvatorianas), e Residência Betânia, pertencente à Congregação das Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria Auxiliadora – (Franciscanas). O procedimento de coleta dos dados será por meio de uma entrevista, utilizando um questionário estruturado, que contém, na Parte I - dados pessoais e condições de saúde; na parte II, a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), que é um questionário com 15 questões dicotômicas (sim X não). A avaliação do aspecto cognitivo empregará o Mini-Exame do Estado Mental – MEEM. Para avaliar o consumo alimentar utilizar-se-á Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA), A frequência de consumo será classificada como diário, semanal, mensal, anual ou nunca, sendo este questionário adaptado de Frank; Soares (2002) e questões fechadas sobre a ocupação do tempo livre. A coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora nas referidas residências, no período de outubro de 2011 a janeiro de 2012, conforme cronograma. A entrevista será registrada no próprio questionário.

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos do (a) pesquisador (a) e das instituições envolvidas estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos científicos, metodológicos e éticos.

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.

O (a) pesquisador (a) deverá apresentar relatório a este CEP ao final do estudo.

**Situação: PROTOCOLO APROVADO**

Nadir Antonio Pichler

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Passo Fundo, 27 de julho de 2011

Anexo B. Comprovante de submissão produção I



- História
- Objetivos e Contexto
- Edição
- Corpo Editorial
- Corpo de Revisão
- Apoio Técnico e Redação
- Assinatura
- Secretariado Editorial
- Pesquisas
- Pesquisar
- Ver edições
- Autores
- Normas de publicação
- Temas de Análise Crítica
- Processo de Revisão
- Submeter artigo
- Lista de artigos submetidos
- Revisores
- Normas de publicação
- Processo de revisão
- Rever artigo
- Como tornar-se Revisor
- Gestores de artigo
- Gerir artigo
- Galeria de Fotos
- ESEnFC
- Unidade de Investigação

## Detalhes do artigo

Edited by user

**Autor:** Neuza Maria Sangiorgio Mozer

**Título:** Desempenho cognitivo e sintomas de depressão entre idosas religiosas

**Resumo:** Estudo realizado em residências para cuidados de longa duração (CLD) de congregações religiosas. O objetivo foi analisar o desempenho cognitivo e fatores associados à depressão entre idosas religiosas. Método: Transversal de censo populacional avaliando 41 indivíduos de três congregações femininas de uma cidade no norte do Rio Grande do Sul, Brasil, com idade média de 82,2 anos e escolaridade maior ou igual 11,0 anos. Aplicou-se o teste do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), analisando faixa etária, tempo de vida religiosa, anos de estudo, prática de atividade física, necessidade de cuidado, uso de medicamentos e número de medicamentos. Os dados foram analisados por meio dos testes de Mann-Whitney e qui-quadrado, para nível de significância de  $p \leq 0,05$  e intervalo de confiança (IC) de 95%. Resultados: O MEEM apresentou dados significativos para faixa etária, tempo de vida religiosa, anos de estudo e necessidade de cuidado. A GDS-15 indica 87,8% dos indivíduos com pontuação positiva para depressão. Conclusão: Evidenciou-se alto número de declínio cognitivo e depressão, sendo identificados fatores associados como a necessidade de cuidado e alta faixa etária. Tais evidências remetem à necessidade de mais estudos haja vista envelhecimento progressivo nas instituições religiosas.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento. Escolaridade. Comprometimento. Memória.

**Title:** Cognitive performance and symptoms of depression among elderly religious

**Abstract:** A study conducted in homes for long-term care (CLD) of religious congregations. The objective was to analyze the performance and cognitive factors associated with depression among elderly religious. Methods: Cross-sectional population die evaluating 41 individuals from three female congregations in a city in northern Rio Grande do Sul, Brazil, with a mean age of 82.2 years and schooling greater than or equal 11.0 years. We applied the test of Mini Mental State Examination (MMSE) and the Geriatric Depression Scale (GDS-15), analyzing age, time of religious life, years of education, physical activity, need for care, medication use and number of medications. Data were analyzed using the Mann-Whitney and chi-square test for significance level of  $p \leq 0.05$  and confidence interval (CI) of 95%. Results: The MMSE provide meaningful data for age, time of religious life, years of study and need for care. The GDS-15 indicates 87.8% of individuals scoring positive for depression. Conclusion: There was a high number of cognitive decline and depression, were identified as factors associated with the need for care and high age. Such evidences suggest the need for further studies considering the progressive aging religious institutions.

**Keywords:** Aging. Schooling. Commitment. Memory.

**Título:** El rendimiento cognitivo y los síntomas de depresión entre los ancianos religiosos

**Resumen:** Un estudio llevado a cabo en los hogares de cuidados de larga duración (CLD) de las congregaciones religiosas. El objetivo fue analizar el desempeño y los factores cognitivos asociados a la depresión entre los religiosos ancianos. Métodos: Estudio transversal die población evaluar 41 individuos de tres congregaciones femininas en una ciudad del norte de Rio Grande do Sul, Brasil, con una edad media de 82,2 años y la educación superior o igual 11,0 años. Se aplicó la prueba del Mini Examen del Estado Mental (MMSE) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15), el análisis de la edad, el tiempo de la vida religiosa, los años de educación, la actividad física, la necesidad de atención, uso de medicamentos y el número de medicamentos. Los datos fueron analizados mediante la prueba de Mann-Whitney y chi-cuadrado para un nivel de significación de  $p \leq 0,05$  e intervalo de confianza (IC) del 95%. Resultados: El MMSE proporcionan datos significativos para la edad, el tiempo de la vida religiosa, los años de estudio y la necesidad de atención. El GDS-15 indica que 87,8% de los individuos con un puntaje positivo para la depresión. Conclusión: Se ha producido un número elevado de deterioro cognitivo y la depresión, se identificaron como factores asociados a la necesidad de atención y edad elevada. Estas evidencias sugieren la necesidad de realizar más estudios que consideran los progresistas envejecimiento en las instituciones religiosas.

**Palabras-clave:** Envejecimiento. La escolarización. Compromiso. Memoria.

**Última Versão:** Versão 2 colocada em 2012-12-13 - [MANUSCRITO\\_RERC.docx](#)  
Versão 1 colocada em 2012-12-13 - [IDENTIFICAÇÃO DOS AUTORES.docx](#)  
Versão 2 colocada em 2012-12-13 - [TERMO TRANSFERÊNCIA DIREITOS AUTOR.jpg](#)

O "Termo Transferência Direitos Autor" ainda não foi entregue/recebido.

Anexo C. Comprovante de submissão produção II

## #21589 Sinopse

### RESUMO/AVALIAÇÃO/EDIÇÃO

#### Submissão

Autores	Neuza Maria Sangiorgio Mozer
Título	Necessidade de cuidado e funcionalidade entre idosas religiosas
Documento original	21589-90839-5-SM.DOC 11-12-2012
Docs. sup.	21589-90840-2-SP.JPG 11-12-2012 21589-90844-1-SP.JPG 11-12-2012 21589-90845-1-SP.JPG 11-12-2012 21589-90847-1-SP.DOCX 11-12-2012
	<a href="#">INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR</a>
Submetido por	Neuza Neuza Maria Sangiorgio Mozer
Data de submissão	dezembro 11, 2012 - 03:29
Seção	Artigo Original
Editor	Nenhum(a) designado(a)
Comentários do Autor	Prezados Editores,  Desde já, agradeço a atenção dispensada.  Feliz Natal e abençoado 2013,  PAZ E BEM!  Neuza Maria Sangiorgio Mozer.

#### Situação

Situação	Aguardando designação
Iniciado	11-12-2012
Última alteração	11-12-2012

#### Metadados da submissão

##### EDITAR METADADOS

#### Autores

Nome	Neuza Maria Sangiorgio Mozer
Instituição/Afiliação	Universidade de Passo Fundo
País	Brasil
Resumo da Biografia	Fisioterapeuta. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF.
Contato principal para correspondência.	

#### Título e Resumo

Título	Necessidade de cuidado e funcionalidade entre idosas religiosas
Resumo	

O objetivo foi avaliar a necessidade de cuidado autorreferida e a funcionalidade entre idosas religiosas. Trata-se de estudo transversal de cunho populacional. A coleta realizou-se com questionário estruturado contendo dados sociodemográficos, autorreferência para necessidade de cuidados e avaliação da funcionalidade, através do Index de Katz, averiguando independência nas atividades da vida diária (AVD). Os dados foram analisados por meio dos testes de Mann-Whitney e qui-quadrado, para um nível de significância de  $p < 0,05$  e intervalo de confiança (IC) de 95%. Apresentam resultados significativamente estatísticos para as variáveis banhar-se, vestir-se e ir ao banheiro. Conclui-se que embora referindo necessidade de cuidado, as irmãs reservam a si no máximo o autocuidado. As evidências remetem à necessidade de ampliar os estudos neste cenário do envelhecimento haja vista ser este processo progressivo e expressivo dentro das próprias congregações religiosas.

#### Indexação

Área e sub-área do Conhecimento	Saúde
Assunto	Gerontologia
Palavras-chave	Envelhecimento. Mulheres. Saúde. Avaliação. Independência.
Idioma	pt

#### Apoio e financiamento

Agências	Universidade de Passo Fundo - UPF.
----------	------------------------------------

#### IDIOMA / LANGUAGE

Português (Brasil)

#### SISTEMA ELETRÔNICO DE EDITORAÇÃO DE REVISTAS

[Ajuda do sistema](#)

#### USUÁRIO / USER

Logado como:  
neuzamaria

- Meus periódicos
- Perfil
- Sair do sistema

#### AUTOR

Submissões

- Ativo (1)
- Arquivo (0)
- Nova submissão

#### CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Todos

#### Procurar/Browse

- Por Edição
- Por Autor
- Por Título/By Title
- Outras revistas

#### TAMANHO DE FONTE

#### INFORMAÇÕES

- Para Leitores/For Readers
- Para Autores
- Para Bibliotecários

#### NOTIFICAÇÕES

- Visualizar
- Gerenciar



A Revista Eletrônica de Enfermagem foi licenciada sob uma Licença Creative Commons Atribuição 3.0 Unported.



## APÊNDICES

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informada de forma clara, detalhada e por escrito, sobre o projeto de pesquisa intitulado: “Envelhecimento, vida religiosa consagrada feminina e cuidados de longa duração: um estudo no contexto de Passo Fundo – RS” que tem por objetivo analisar fatores associados às condições de saúde em mulheres idosas necessitadas de cuidados de longa duração, membros de congregações religiosas.

Fui informada ainda:

1. Dos riscos, desconfortos e benefícios do presente trabalho, assim como da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca da metodologia, riscos, benefícios e outros aspectos relacionados com a pesquisa desenvolvida;
2. Da liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurado a liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
3. Da segurança de que não serei identificado (a) e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade e a proteção da minha imagem;
4. Da garantia de que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo, ou de outros;
5. Da liberdade de acesso aos resultados do estudo em qualquer etapa da pesquisa
6. Da segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Nesses termos e considerando-me esclarecido, consinto em participar da pesquisa proposta, de livre e espontânea vontade, sem cobrança de ônus ou qualquer encargo financeiro, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das



informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

A acadêmica responsável por este projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano - UPF o está desenvolvendo sob a orientação da professora Marilene Rodrigues Portella como atividade pertinente ao curso de Especialização em Gerontologia da Faculdade de Educação da Universidade de Passo Fundo, tendo este documento sido revisado e aprovado pelo comitê de ética desta instituição em 27 de julho de 2011.

---

Assinatura do participante

---

Prof. Marilene Rodrigues Portella

---

Neuza Maria Sangiorgio Mozer

## Apêndice B. Projeto de pesquisa

Universidade de Passo Fundo

Faculdade de Educação Física e Fisioterapia

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Envelhecimento, vida religiosa consagrada feminina e cuidados de longa  
duração: um estudo no contexto de Passo Fundo - RS

Neuza Maria Sangiorgio Mozer

Passo Fundo

2011

# 1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

## 1.1 TÍTULO

Envelhecimento, vida religiosa consagrada feminina e cuidados de longa duração: um estudo no contexto de Passo Fundo – RS.

## 1.2 AUTORA

Neuza Maria Sangiorgio Mozer. Fisioterapeuta. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

## 1.3 ORIENTADORA

Marilene Rodrigues Portella. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Líder do Grupo de Pesquisa Vivencer UPF/CNPq.

## 1.4 CO-ORIENTADOR

Adriano Pasqualotti. Matemático. Mestre em Ciência da Computação e doutor em Informática na Educação, ambos pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

## 1.5 DURAÇÃO

Vinte e quatro meses.

## 1.6 VIGÊNCIA

Março de 2011 a março de 2013.

## 1.7 RESUMO

A longevidade é hoje atingida por um número cada vez maior de pessoas e diante da diminuição das capacidades, ônus do envelhecimento, desafia família e sociedade ao

cuidado da vida dos seus. O estudo tem a proposta de abordar o envelhecimento no cenário da Vida Religiosa Consagrada (VRC) feminina diante da necessidade de cuidados de longa duração (CLD). O objetivo geral da pesquisa é analisar fatores associados às condições de saúde em mulheres idosas necessitadas de cuidados de longa duração, membros de congregações religiosas. Trata-se de estudo transversal de cunho populacional. A amostra será constituída por aproximadamente 54 idosas religiosas e o critério considerado para fazer parte do estudo é ter sessenta anos ou mais e estar morando nas residências destinadas aos CLD, sendo estas cuidadoras ou necessitadas de cuidados. A coleta dos dados será realizada pela própria pesquisadora no período de outubro de 2011 a janeiro de 2012, conforme cronograma. O procedimento utilizará um questionário estruturado subdividido em seis sessões: informações pessoais, condições de saúde, uso de medicamentos, avaliação cognitiva, hábitos alimentares e ocupação do tempo livre, no qual a entrevista será registrada. A contribuição centra-se na obtenção de subsídios referentes aos cuidados de longa duração e produção de novos conhecimentos nessa área, a partir do olhar lançado às comunidades de idosas religiosas. Entre os testes estatísticos que serão utilizados para análise dos dados destacamos os testes de Mann-Whitney e qui-quadrado, para um nível de significância de  $p \leq 0,05$  e intervalo de confiança (IC) de 95%. Acreditamos que os resultados de um estudo desta natureza, possam agregar experiências a outras congêneres que praticam CLD nesse contexto ainda pouco abordado na literatura.

## 1.8 PALAVRAS-CHAVE

Velhice. Feminização. Religiosas. Institucionalização. Saúde do idoso.

## 2 FINALIDADE

A contribuição da pesquisa centra-se na expansão do conhecimento, obtenção de subsídios referentes aos CLD e produção de novos conhecimentos nessa área a partir do olhar lançado às comunidades vida religiosa feminina que possuem residências destinadas aos CLD de seus membros idosos.

### 3 PROBLEMÁTICA E QUESTÃO DE PESQUISA

O envelhecimento humano é compreendido como um processo natural, dinâmico e irreversível e recebe influência multidimensional. A dimensão biológica a exemplo da herança genética determina favorecimento ou agravo no que se refere a essa questão; a dimensão sócio-histórica delibera com repercussões sobre o processo de viver e envelhecer, quase sempre condicionado pelos fatores comportamentais, estilo de vida adotado ou hábitos cultivados.

Este processo, em parte, está condicionado pelo determinante comportamental, seja pelo estilo de vida adotado ou pelos hábitos cultivados, considerando assim, além do patrimônio genético, os fatores externos que o influenciam. Por conseguinte, escolhas saudáveis durante a vida favorecem o bem estar na velhice. Condições oriundas de circunstâncias que levem a um estilo de vida estressada, por exemplo, podem comprometer desfavoravelmente o curso desta e na velhice.

Consideram-se igualmente os fatores externos que o influenciam, incluindo aspectos culturais envolvidos na escolha do modo de vida, especialmente à Vida Religiosa Consagrada (VRC). As opções que fazemos conduzem e norteiam nossa caminhada. Algumas pessoas seguem conforme influências vividas no contexto familiar, outras, entretanto, se reconhecem chamadas a uma vocação específica e assumem desígnios que determinam suas vidas. Tais escolhas podem contribuir positiva ou negativamente no que se refere a um curso de vida dotado de elementos favorecedores da longevidade.

Homens e mulheres que se identificam com este percurso vocacional e fazem essa opção de vida, normalmente, agrupam-se em instituições específicas, chamadas congregações, institutos ou ordens religiosas, as quais seguem normas próprias com ritos, regras e disciplina de horários, modo de vida, conduta e expressão social e, vivendo esse contexto, também chegam à velhice.

Entretanto, nem ritos, nem regras garantem que no fim da vida estejamos isentos da necessidade de cuidados ou que esses indivíduos nunca ficarão expostos a condições de morbidade. Constata-se na Igreja um número de congregações femininas superior ao

número de congregações masculinas e um número maior de mulheres entre seus membros, evidenciando a feminização da velhice também dentro da VRC. Sobre tal fato não encontramos até o momento um estudo que aponte dados neste cenário do envelhecimento: a Vida Religiosa Consagrada feminina.

Nesse sentido, pode-se questionar no cenário do envelhecimento humano dentro da VRC feminina: como vivem as religiosas idosas que necessitam de CLD? Quem são elas? Quais suas condições de saúde, cognição e funcionalidade para atividades de vida diária (AVD's)? Qual a tipologia de cuidados que aportam?

#### 4 JUSTIFICATIVA

A situação demográfica atual do envelhecimento aponta que em 2050, para cada pessoa com 65 anos ou mais de idade, pouco menos de três estarão na faixa etária potencialmente ativa e serão “destinadas” a suprir suas a demanda da necessidade de cuidados (IBGE, 2008). A expectativa de vida do brasileiro no geral aumentou 25,4 anos nos últimos 50 anos, passando para 73,4 anos em 2010. (IBGE, 2010).

Esse fenômeno mundial reflete-se igualmente no âmbito da grande maioria das congregações religiosas. A VRC inserida na Igreja Católica Apostólica Romana segue suas normas, professando os votos de castidade, pobreza e obediência, os quais, dependendo de fatores associados à condução do processo, especialmente da formação inicial, podem marcar positiva ou negativamente a pessoa. Cada Congregação determina suas regras próprias pelas diretrizes perante o Código de Direito Canônico (CDC), comum a todas as Congregações que professam, no cristianismo, o catolicismo.

A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) no texto base da Campanha da Fraternidade 2003, cujo tema foi Fraternidade e Pessoas Idosas, publicou o seguinte: *[...] entre os anciãos e anciãs de nossas comunidades, se encontram muitos padres, bispos, religiosos e religiosas. Alguns contam com a solidariedade da comunidade Cristã. Outros se encontram no abandono e no isolamento.* (CNBB, 2002, p. 26).

Dentro da Igreja Católica, existem diversos institutos de vida religiosa ou congregações que se distinguem pelo carisma de seus Fundadores e Fundadoras: Franciscanos(as), Beneditinos(as), Notre Dame, Salvatorianos(as), Carlistas, etc. A maioria destas, quer sejam masculinas ou femininas, chegaram ao Estado em tempos conflituos, especialmente no final do séc. IX e início do séc. XX, construindo história e contribuindo para o crescimento da sociedade de forma relevante, quer seja na saúde, educação e iniciativas de movimentos sociais, entre outros.

Constata-se hoje na Igreja, um número de congregações femininas superior ao número de congregações masculinas, igualmente um número maior de mulheres entre seus membros integrantes. A cidade de Passo Fundo, local onde se desenvolverá a presente pesquisa, é hoje sede da Arquidiocese de Passo Fundo, abrangendo também as Dioceses de Erechim, Frederico Westphalen e Vacaria, envolvendo a presença da Igreja Católica em 158 municípios da região. No que diz respeito, especificamente à Diocese local, hoje designada como Arquidiocese de Passo Fundo, está subdividida em 54 Paróquias. Conta atualmente com a presença de 23 Congregações Religiosas, sendo 10 masculinas e 13 femininas, totalizando 80 casas religiosas na Arquidiocese. Destas, 51 casas pertencem a Congregações femininas, sendo que 33 delas estão instaladas na Cidade de Passo Fundo, onde três Congregações mantêm residências dedicadas aos CLD de seus membros idosos. Nesse sentido, a motivação para a escolha do tema se deve ao fato de que não encontramos até o momento na literatura um estudo que aponte dados especificamente neste cenário do envelhecimento: a Vida Religiosa Consagrada Feminina.

O contexto do presente estudo centra-se em questões que envolvem o gênero feminino, remetendo à reflexão sobre a feminização da velhice, um processo observado em grande proporção à medida que a população vai envelhecendo. Para as mulheres brasileiras a esperança de vida ao nascer chega aos 77,32 anos (IBGE, 2010). Camarano (2006) ressalta que o envelhecimento populacional brasileiro é marcado pela feminização da velhice e a predominância feminina entre idosos é tipicamente urbana. Além do mais, as mulheres idosas têm maior probabilidade de ficar em situação sócio-econômica desvantajosa e predominam em instituições de longa permanência.



A temática do estudo deveu-se também pela minha proximidade com a realidade abordada e opção pessoal à Vida Religiosa vivenciada já por mais de uma década. Boa parte deste tempo foi dedicada ao cuidado das Irmãs idosas, entre as outras ocupações da vida pastoral. A trajetória acadêmica no Curso de Fisioterapia da UPF (2006-2010) também me propiciou vivenciar com atuação profissional a realidade do envelhecimento direcionando-me a abordar tal realidade em meu trabalho de conclusão de curso (TCC) no âmbito das ILPIs. Como discente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, considerei importante refletir mais profundamente sobre a condição do envelhecimento e velhice de meus pares, as Irmãs Religiosas, não somente na Congregação pertinente, mas ampliando à VRC como um todo e refletir como as congregações estão preparadas para os CLD de seus membros idosos.

A proposta do estudo se respalda nas diretrizes tanto da Política Nacional do Idoso, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, quanto do Estatuto do Idoso, os quais recomendam investir em estudos que abarquem a questão geronto-geriátrica. A contribuição da pesquisa centrou-se na obtenção de subsídios referentes aos cuidados de longa duração e produção de novos conhecimentos nessa área, a partir do olhar lançado sobre as comunidades de idosas religiosas. O mérito deste pode estar balizado na contribuição da produção do conhecimento da ciência do envelhecimento humano e na busca de ações preventivas em detrimento de ações curativas.

Acreditamos que os resultados deste possam colaborar com a qualidade de vida e de serviços nesta área bem como redução de custos econômicos, sociais e alternativas de ações para Congregações que tem seus membros envelhecidos em necessidade de CLD ou caminhando a passos largos para essa direção, a exemplo, cuidado com a saúde, manutenção da funcionalidade, cultivo de hábitos alimentares saudáveis, lazer, entre outros, considerando o expressivo número de membros longevos que se apresenta neste cenário específico do envelhecimento humano, ainda pouco abordado cientificamente que é a VRC.

## 5 OBJETIVO DA PESQUISA

### 5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar fatores associados às condições de saúde em mulheres idosas necessitadas de cuidados de longa duração, membros de congregações religiosas.

## 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil sóciodemográfico das idosas religiosas necessitadas de cuidados de longa duração em congregações religiosas.
- b) Avaliar as condições de saúde de idosas religiosas sob CLD em congregações.
- c) Delinear o estado de funcionalidade, cognição da coorte pesquisada.
- d) Averiguar hábitos alimentares e atividades de ocupação do tempo livre e formas de interação.

## 6 REVISÃO DA LITERATURA

### 6.1 ENVELHECIMENTO, VELHICE E QUESTÕES SOCIAIS

A atual transição demográfica de envelhecimento, entre outras, parece decorrer da redução da mortalidade precoce, redução das taxas de fecundidade, aumento da expectativa de vida ao nascer e incremento da população idosa (SAÚDE BRASIL, 2008). A redução dos níveis de fecundidade acarretou a diminuição de 42,7% (1960) para 24,1% e além da queda da fecundidade, o aumento na participação da população de 65 anos ou mais, no período 1960/2010, saltou de 2,7% para 7,4% (IBGE, 2010).

Este fato mudou a pirâmide nacional do envelhecimento e o país caminha velozmente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido e significativa mudança na estrutura etária da população brasileira. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existiam 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, o quadro muda e conforme projeções para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172, 7 idosos. (IBGE, 2008). A nível regional, Portella (2008) destaca um envelhecimento populacional no qual, o índice de idosos, calculado pela razão entre pessoas com mais

de 60 anos e os menores de 15 anos, apresenta significativo crescimento no decorrer das últimas décadas.

Não existe um consenso definido quando se trata da terminologia envelhecimento, todavia a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta a classificação para este em quatro estágios conforme descreve França (2010): a meia idade inclui o período relativo aos 45 até 59 anos, o idoso de 60 a 74 anos, o ancião de 75 a 90 anos, e a velhice extrema de 90 anos em diante.

É necessário estabelecer critérios que possam definir o envelhecimento com base em saberes multidisciplinares. Segundo Mozer, Oliveira e Portella (2011) a senescência é processo natural biológico, dinâmico, progressivo e irreversível, caracterizado por alterações morfológicas, bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicossociais. Este processo caracteriza em parte o envelhecimento e é natural, inerente a todos os indivíduos e multifatorialmente dependente, exigindo constante atualização de conhecimentos e estudos nesta área. Assim, entendemos que o envelhecimento populacional, observado em grande escala, decorre de vários fatores associados, dentre eles, a evolução do conhecimento, o avanço da ciência e da tecnologia, melhor cobertura das necessidades sociais e da saúde, melhoria das condições sanitárias aliadas às medidas de prevenção e queda das taxas de natalidade/mortalidade, o que acarreta em aumento da esperança média de vida e longevidade (RIBEIRO, 2007).

É relevante ressaltar que o contexto demográfico acelerado de envelhecimento populacional, representa atualmente um dos fatores mais importantes no âmbito da saúde pública mundial. Há concordância entre diversos autores que a temática do envelhecimento e velhice pode ser conjecturada pelo prisma da fragilidade física, perpassando à velhice os estereótipos negativos, os quais generalizam que todos os idosos são decadentes, incapazes, dependentes física e economicamente, doentes e com dificuldades de memória (VERAS; CALDAS, 2004; KOCH FILHO; BISINELLI, 2008).

Se por um lado os estudos têm aumentado de forma rápida na área da Gerontologia, surgindo novas propostas e teorias, por outro, a velhice tem sido ponto chave de vários estudos e temáticas há algum tempo inseridas no conjunto de ciências,

técnicas e saberes. Conforme Beauvoir (1990), as diferenças de classes que deram à noção de velhice a sua ambivalência, na qual a velhice representa duas realidades profundamente diferentes, se consideradas sob a perspectiva das distintas classes sociais.

Seguindo essa perspectiva, diversos autores lembram que, determinantes demográficos, culturais, sociais e econômicos influenciam com grande relevância na questão do idoso. (PICCINI et al., 2006; VERAS; CALDAS, 2004). Além disso, conforme Veras (2009), a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que políticas de saúde na área de envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços), com particular ênfase sobre as questões de gênero e as desigualdades sociais.

Deste modo, é de grande importância que se criem mecanismos para ajustar a sociedade ao convívio e acolhimento das pessoas na velhice, com a finalidade de garantir a esta parcela da população qualidade de vida e dignidade, haja vista as proposições do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, resultado da II Assembleia Mundial do Envelhecimento, promovida pela ONU e realizada em Madri, 2002 a qual sugere, dentre outras, medidas que garantam *igualdade de acesso de pessoas idosas à alimentação, à moradia, à assistência médica e a outros serviços durante e depois de desastres naturais e outras situações de calamidade pública* (ONU, 2002, p.48).

Uma conotação relacionada à velhice desde a Revolução Industrial, associada à inutilidade ou à improdutividade. Conforme Neri (2008) há hoje um movimento que, aparentemente, trabalha na reversão desta imagem e tenta demonstrar o quanto a pessoa amadurecida pode ser útil e tem energia para realizar diversas atividades. Dentre as medidas adotadas para ressaltar essa ideia, encontramos mudanças nas terminologias para designar quem envelheceu: terceira idade, feliz idade, idade de ouro entre outras, sendo estas fora da realidade para boa parte dos idosos.

A explosão do fenômeno “envelhecimento humano” [grifo nosso], acompanhado pelas relevantes transformações demográficas, biológicas, sociais, econômicas,

científicas e comportamentais observadas, desafiam enquanto sociedade a revermos valores inerentes acerca das representações da velhice e exigem equilíbrio nas definições. Estes são norteadores responsáveis pelas ações que podem ou não oferecer a proteção e a inclusão social de nossos idosos, bem como qualidade de relações mais humanizadoras para com eles ao se depararem com a necessidade de CLD.

Mas a questão do envelhecimento nem sempre ocorre de forma acomodada em nossa sociedade. Para Simone de Beauvoir (1990, p. 265) *a condição das pessoas idosas é hoje escandalosa[...]é a classe dominante que impõe às pessoas idosas seu estatuto*. Outros autores concordam com o pensamento de Simone de Beauvoir e apontam que a sociedade contemporânea só se preocupa com os sujeitos à medida em que produzem força de trabalho, que geram mais valia e produzem lucros ao capital. Por sua vez, na medida em que trabalhamos, envelhecemos e nem sempre temos autonomia para escolher a forma para viver (SOUZA; MATIAS; BRÊTAS, 2010).

Nesse sentido, a classe trabalhadora sofre a tragédia do envelhecimento considerando-se a impossibilidade social que os idosos são relegados segundo os valores do sistema, no qual, o idoso perde o “valor de uso” para o capital em função da expropriação dos meios de produção e do tempo de vida. Em todas as classes, o envelhecimento promove efeitos imediatos de isolamento, exclusão nas relações sociais, do espaço público, do mundo produtivo, político, artístico, dentre outras expressões fenomênicas dos processos produtivos de desigualdades sociais (TEIXEIRA, 2009).

Se a origem desta questão social, principalmente na sociedade contemporânea, como fica a problemática acerca das condições de vida dos despossuídos de propriedades ou de quem já não corresponde às exigências do mercado, especialmente pessoas idosas? Teixeira (2008) ainda enfoca que o processo do envelhecimento, perpassa as questões econômicas e, como problema social, é correlato das reviravoltas econômicas as quais, muitas vezes, acabam por afetar as estruturas familiares, primeiro espaço de sociabilidade e produção do indivíduo envelhecido e com poucas perspectivas de produtividade, renda e sobrevivência digna.

A sociedade atual estimula o predomínio dos valores da juventude, bem como os de beleza, de energia, de vida ativa. Beauvoir (1990) recorda estarmos vivendo um

período de hegemonia da involução orgânica, o qual leva à hiper-valorização da estética e do consumismo. Tal fato contribui cada vez mais com a estigmatização dos idosos e implica no distanciamento entre as gerações, pois a condição de idoso implica em sinônimo de improdutividade que seria, neste caso, o oposto do sinônimo da juventude. Apesar dos avanços, ainda existe uma caracterização estereotipada sobre o envelhecimento a qual ocorre por representação social simplificada acerca de grupos, categoria de pessoas ou instituições. Nas sociedades contemporâneas, a valorização excessiva da força de trabalho colocou os idosos em posição inferior, aliada ao fato de que as sociedades urbanas industriais e tecnológicas em tempos de pós-modernidade, designam o valor do ser humano diretamente no que sejam capazes de produzir e possuir, apelos do sistema capitalista e consumista.

Outros autores ainda relatam haver ainda um enfoque pejorativo sobre a velhice, o qual tende a relegar os idosos à marginalidade social e, por vezes, a começar na própria família. Além disso, destaca-se a imagem nem sempre positiva que os anciãos fazem de si próprios (MARTINS; RODRIGUES, 2004; MERCADANTE, 2007). Para Medeiros (2003), o envelhecimento não é um evento com data marcada e sim um processo que ocorre durante toda a nossa trajetória de vida. O autor lembra que nesse processo o tempo é fator relevante e não tem apenas uma dimensão cronológica, indo muito além.

Conforme Schneider e Irigaray (2008, p. 592) *idade em si não determina o envelhecimento, ela é apenas um dos elementos presentes no processo do desenvolvimento, servindo como uma referência da passagem do tempo.* Para compreender essa questão, faz-se necessário saber que, classificar e nomear etapas específicas de idade, como velhice, não é simples constatação empírica, pela qual as pessoas “desinteressadamente” convencionam referir-se a determinado grupo social por um sinal lingüístico de uso comum e neutro. Ponte (2010) explica que tais locuções se fundamentam em ideologias, estigmas, estereótipos, preconceitos e representações, além do reconhecimento emergente como potencial consumidor.

Contudo, o modo particular como a questão social se produz e reproduz, expressa a forma como a sociedade hora está articulada. As práticas contemporâneas promovem uma exacerbação das experiências negativas para o tempo, o transcurso de

anos, dias, horas, um andamento linear, abstrato. Tempo da medida do valor, enfim, tempo da produção de mercadorias e de consumo, que exige cadências cada vez mais rápidas de informações, de técnicas, e de tecnologias, tornando obsoletos e sem valor de uso, imensos contingentes populacionais, dentre eles, os trabalhadores velhos (TEIXEIRA, 2009).

Por outro lado, no que concerne aos aposentados, às novas relações de trabalho e configurações familiares, estes contribuem para uma transformação nas relações intergeracionais, nas quais idosos das diversas classes sociais passam a provedores e responsáveis pelo sustento de gerações mais jovens, como confere:

idosos e aposentados estão assumindo esta nova identidade, deixando de serem considerado um peso para se transformarem em provedores, o que favorece o seu empoderamento e transforma as relações familiares, colocando-os em uma posição que exige respeito (ALVARENGA, 2006, p.31).

Por outro lado, vale ressaltar as palavras de Simone de Beauvoir sobre a consciência universal da condição humana diante do envelhecimento:

a sociedade só se preocupa com o indivíduo na medida em que este rende. Os jovens sabem disso. Sua ansiedade no momento em que abordam a vida social é simétrica à angústia dos velhos no momento em que são excluídos dela. Neste meio tempo, a rotina mascara os problemas. O jovem teme essa máquina que vai tragá-lo e tenta, por vezes, defender-se com pedradas; o velho, rejeitado por ela, esgotado, nu, não tem mais que os olhos para chorar. Entre os dois, a máquina gira, esmagando homens que se deixam esmagar porque nem sequer imaginam que podem escapar. Quando compreendemos o que é a condição dos velhos, não podemos contentar-nos em reivindicar uma ‘política da velhice’ mais generosa, uma elevação das pensões, habitações sadias, lazeres organizados. É todo o sistema que está em jogo e a reivindicação só pode ser radical: mudar a vida. (BEAUVOIR, 1990, p. 665).

Os rendimentos dos idosos podem antever um paradoxo. Se por um lado ele é valorizado, por outro é vítima da exploração. No entendimento de Gondim (2010) a violência contra a pessoa idosa deve-se a um conglomerado de argumentos envolvendo questões sociais, econômicas, culturais e de saúde que compõem o universo do meio familiar e social e pelas pessoas no geral não saberem como agir ou refletir sobre tais aspectos quando se trata de idoso. Essa realidade pode ser vivenciada tanto na família quanto em ILPIs. Segundo a autora, muitas destas são, apenas, pequenos e modestos

empreendimentos privados pelos quais seus proprietários auferem renda. Para isso apropriam-se das aposentadorias, pensões e outros benefícios dos internos, muitas vezes, manipulando diretamente os cartões bancários de seus ‘clientes’ e a generosidade da comunidade envolvida em campanhas beneficentes (BRASIL, 2002).

Já a argumentação de Peixoto (2006) referente à diferenciação terminológica de velhice de acordo com o *status* socioeconômico, indica por exemplo que a velhice no clero da Igreja Católica Apostólica Romana (ICAR), não seria uma velhice como a dos demais regidos pela política de mercado. Tais pessoas representariam uma posição mais associada à figura do “bom pai” e do “ancião sábio”, permitindo, em certo sentido, uma relação saudável e de integração deste idoso à comunidade, transpondo-se essa analogia igualmente para a VRC.

Assim, envelhecimento e velhice podem sofrer variações conforme o contexto e a conjuntura do momento que vivem de modo particular o gênero feminino, mais propenso a atingir alta longevidade e mulheres de idade avançada estão mais expostas à solidão, institucionalização e maior risco de morbidade. Portanto, a mulher idosa constitui um grupo social que merece intervenções sociais que levem em conta as suas condições específicas (LYRA, 2008).

Nessa perspectiva, o envelhecimento na VRC feminina, difere, em parte, do envelhecimento das demais mulheres na sociedade, tanto pelo seu estilo e hábitos de vida quanto pela organização da estrutura e disciplina dentro das instituições religiosas.

## 6.2 A VIDA RELIGIOSA CONSAGRADA FEMININA CONFRONTANDO-SE COM O ENVELHECIMENTO DE SEUS MEMBROS

A Vida Religiosa Consagrada é designada como uma vocação específica para a qual a pessoa se sente chamada e inicia com o tempo formativo. Para Furlani (2007) esse tempo contempla eixos orientadores que significam uma visão de futuro, a partir do aqui agora, de perspectivas, planos, anseios a respeito de trabalho, profissão, vida familiar e desejos relevantes que conferem sentido de vida para a pessoa que o concebe. Entretanto, a História relata que nem sempre foi assim a formação para esse estilo de vida, em que tal modelo era baseado no isolamento da sociedade laica, afastando a



pessoa, em nosso caso especificamente, a jovem candidata, do mundo e dos possíveis “desvios” da vocação.

Já houve um período de total controle dentro da formação para a Vida Religiosa, compreendido entre 1900 a 1955 no qual, a estrutura institucional exigia grande disciplina de seus membros (SERBIN, 2008). A nível de Rio Grande do Sul, Colussi (2011, p. 325) ressalta que na virada do século XX grande número de congregações/institutos de vida religiosa chegam ao Estado para aqui se instalarem enfrentando um contexto de grandes dificuldades devido a questões ligadas ao anticlericalismo, o qual era uma postura constante em vários segmentos da sociedade gaúcha. Além disso, o modelo de Vida Religiosa então adotado era chamado “tridentino”, ou seja, baseado no Concílio de Trento (1545) e as congregações religiosas, no início do século XIX traziam as marcas desta Igreja Medieval: hierárquica, piramidal e dividida entre aqueles que sabem e os que deviam permanecer serviçais e na base desta pirâmide. Até o Concílio Vaticano II, a vida religiosa foi constituída de forma macroestrutural, uniformizada, verticalizada, pautada por uma espiritualidade negativa em relação aos valores humanos (PEREIRA, 2012 p. 99).

Mas esta realidade teve grande mudança e abertura a partir do Concílio Vaticano II, convocado pelo Papa João XXIII e ocorrido no período de (1962-1965). Conforme Pereira (2012, p. 95) já no chamado período pós-conciliar, entre as décadas de 1960 e 1970, várias dioceses e congregações quebraram fortes estruturas institucionais, tais como o hábito religioso ser substituído pelo traje civil, houve aumento de candidatos negros dispostos a seguir esse estilo de vida, iniciou-se nova consciência crítica e senso de justiça social em outras regiões brasileiras mais desafiantes, tais como o Nordeste, desafiando congregações à abertura e expansão missionária. Assim, desencadearam-se poderosas forças de restauração e libertação, causando alegria, ansiedade, perplexidade, medos e desejos.

Entretanto ambos os modelos, tridentino e pós-conciliar, marcam gradativamente a pessoa que se dispõe a viver segundo a forma de vida de uma congregação/instituição em um processo de ajustamento primário e secundário. O primário compreende a aceitação e cooperação do indivíduo com a atividade exigida pela organização da congregação ou instituto. No segundo as Constituições próprias de cada

congregação/instituto determinam as regras a serem observadas. Assim a pessoa se transforma em colaboradora, torna-se participante, dá e recebe com espírito adequado o que foi sistematicamente planejado, independente do fato de exigir muito ou pouco de si mesmo. Segundo Goffman, (2005) olhando por esse prisma de conceitos, admite-se pensar que a formação religiosa, por um lado implica em uma série de renúncias e até repressões a nível psicológico, afetivo-sexual, de livre arbítrio, entre outras, sendo estas, assumidas por vontade própria. Por outro, abre espaço para a liberdade, adquirida através de diálogo com superiores.

A formação inicial fundamenta-se nas normas do CDC, comum a todas as Congregações. Em se tratando da Vida Religiosa Consagrada feminina, o CDC, números 646-661, determina um período médio de sete a dez anos, no qual, as aspirantes, jovens que pretendem ingressar para a VRC, passam por várias etapas formativas diferentes: Juvenato, Postulantado, Noviciado, Juniorato e, finalmente, à Profissão solene dos chamados Votos Religiosos de obediência, castidade e pobreza, conforme Constituições de cada Instituto em particular (CDC, 1998). As diversas congregações, institutos ou ordens dentro da Igreja Católica, são designadas conforme suas origens e se distinguem pelo seguimento de Jesus Cristo segundo o carisma de seus Fundadores ou Fundadoras: franciscanos e franciscanas, carmelitas, beneditinos e beneditinas, agostinianos, maristas, notre-dame, etc. São comunidades de Frades, Irmãos, Irmãs e Monges que professam a fé católica, segundo o CDC.

A pessoa que sente esse chamado segue livremente na formação inicial, período marcado por acompanhamento espiritual, estudo e aprofundamento do Carisma da Congregação que se pretende ingressar. Neste se dá a experiência do convívio em uma comunidade Formadora tendo como referência uma pessoa preparada para assumir a responsabilidade da formação em sua congregação/instituto e em cada etapa específica, acompanha e orienta a Aspirante/Juvenista, Postulante, Noviça ou Juniorista, como são chamadas as jovens em cada etapa desse processo. Durante este período, entre outros, se elabora um projeto de vida de acordo com o Carisma da Congregação a qual a pessoa se dispõe a assumir e viver.

Benelli e Costa-Rosa (2003), que a flexibilidade hoje presente nas etapas iniciais de formação religiosa não é pré-requisito de falta de controle da Igreja e das

Congregações em relação aos formandos. O aperfeiçoamento das tecnologias e a necessidade de adaptação de tais instituições frente às rápidas mudanças da contemporaneidade tornam esse controle mais difuso, entretanto não menos eficaz. Caracteriza-se ainda nesse contexto, a estrutura propriamente dita. Por mais democrática e aberta que seja sempre haverá uma superiora: geral, provincial, local, espiritual, etc. Hoje há diálogo e partilha de tais papéis hierárquicos, entretanto, as decisões normalmente estão reservadas a superiores (as) e as demais, acatam o definido em cumprimento do voto de obediência. Na VRC feminina evidencia-se atualmente o enfrentamento do envelhecimento de seus membros, o qual ocorre ao longo dos anos permeado por estas influências, dentre outras.

Na observação de Nunes (2005) no que diz respeito aos estudos sobre envelhecimento da população e o processo de feminização da velhice, este ocorre devido à menor taxa de mortalidade feminina. O autor afirma ainda que, *no Brasil as mulheres têm uma expectativa de vida maior que os homens, chegando a viver em média mais cinco anos que eles* (2005, p.98). Farias e Santos (2012) destacam que a feminização da velhice é um processo observado em grande proporção à medida que a população vai envelhecendo. Para as mulheres brasileiras a esperança de vida ao nascer chega aos 77,32 anos (IBGE, 2010).

Diante da evidente feminização no envelhecimento, o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento destaca:

no caso das mulheres, a parcialidade institucional dos sistemas de proteção social, em particularmente os que se baseiam em uma atividade de trabalho ininterrupta, aumenta a feminização da pobreza. As desigualdades e disparidades entre os gêneros no que se refere ao poder econômico, à desigualdade de distribuição do trabalho não remunerado entre as mulheres e os homens, à falta de apoio tecnológico e financeiro para as empresas de mulheres, à desigualdade no acesso ao capital e a seu controle, particularmente a terra e ao crédito, e ao acesso aos mercados de trabalho, assim como todas as práticas tradicionais e costumeiramente prejudiciais têm criado obstáculos à habilitação econômica da mulher e têm intensificado a feminização da pobreza. Em muitas sociedades, os lares encabeçados por mulheres, inclusive divorciadas ou separadas, solteiras e viúvas, são particularmente vulneráveis à pobreza. Medidas especiais de proteção social fazem-se necessárias para fazer frente à feminização da pobreza, especialmente no caso de mulheres idosas. (ONU, 2002, p.44).

Para Camarano (2006) a predominância feminina entre idosos é tipicamente urbana e as mulheres idosas têm maior probabilidade de ficar em situação sócio-econômica desvantajosa e morando sozinhas. Além disso, as mulheres predominam em instituições de longa permanência, passam por maior debilidade física antes da morte e são mais dependentes de cuidado, embora exerçam o papel de cuidadoras.

Segundo Neri (2007) a feminização da velhice é uma manifestação do processo de transição de gênero que acompanha o envelhecimento populacional em curso em todo o mundo, associada à maior longevidade das mulheres em comparação com os homens, bem como à maior presença relativa de mulheres na população idosa, principalmente nos estratos mais velhos.

A feminização se explica em parte, pela maior expectativa de vida das mulheres, pois as mesmas apresentam características próprias como uma preocupação maior no aspecto cuidar de si, o que intervém na prevenção das patologias. Além disso, a mulher também possui hoje um papel mais presente na sociedade o que a faz atingir uma melhor qualidade de vida também durante o processo de envelhecimento (TAGLIAPIETRA e GARCES, 2012).

Tendo presente essa vantagem na expectativa de vida e que o grupo que participa de nossa pesquisa é essencialmente feminino, encontramos alguns fatores contribuem com a longevidade das mulheres idosas largamente evidenciado no âmbito da VRC, a saber, cultivo da espiritualidade, que no caso da coorte pesquisada, é base da vida religiosa, bem como trabalho, lazer, acesso à seguridade social e aos serviços de saúde multiprofissional; utilização de recursos tecnológicos na medicina, hábitos de vida diária saudáveis entre outros.

A grande maioria das congregações/institutos tem seus membros integrantes em processo acelerado de envelhecimento e um número significativo de longevos centenários. Tais instituições assumem os CLD de seus membros envelhecidos, pois se por um lado os mesmos, ao professarem publicamente o chamado voto de pobreza, despojam-se de possuir bens próprios, por outro lado, a VRC lhes proporciona uma velhice com segurança e a certeza de cuidados específicos, caso seja necessário.

### 6.3 PESSOA IDOSA, CONDIÇÕES DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS

Concomitante ao envelhecimento populacional, assistimos o rápido e expressivo crescimento no número de idosos muito idosos, fator quase sempre, associado a uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, que podem ou não serem acompanhadas de limitações ou dificuldades para a realização das atividades da vida diária (AVD's). Muitas doenças crônicas, quando não adequadamente controladas, podem gerar o que é denominado de processo incapacitante, ou seja, o processo no qual uma determinada condição (aguda ou crônica) afeta a funcionalidade dos idosos em idade avançada e conseqüentemente, o desempenho de suas AVD's, caracterizando a incapacidade funcional a qual pode ser definida pela necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas, necessárias para uma vida independente (ALVES et al, 2008).

As definições de envelhecimento saudável, ativo e bem-sucedido segundo Teixeira e Neri (2008), não encontram sustentação nos estudos que consideram apenas a longevidade como critério. O processo envolve múltiplos fatores individuais, sociais e ambientais, determinantes e modificadores da saúde. Tais conceituações geram debates pois dependem de uma apreciação individual, justificada no bem-estar subjetivo. A ênfase recai sobre a percepção pessoal das possibilidades de adaptação às mudanças advindas do envelhecimento e condições associadas, as quais incluem igualmente a noção de autonomia e independência.

Nesse sentido, envelhecer bem é uma questão pragmática de valores particulares que permeiam o curso da vida, incluindo as condições próximas da morte. A implementação de programas que elevam o nível de qualidade de vida dos idosos pode prescindir, temporariamente, da definição uniforme desse fenômeno. O objetivo de muitos idosos e profissionais tem sido a promoção de saúde e bem-estar nessa fase da vida, seja referindo-se ao envelhecimento saudável, produtivo, ativo ou bem-sucedido, nem sempre alcançado devido a comprometimentos funcionais e/ou cognitivos, inerentes ao processo de envelhecimento (TEIXEIRA; NERI, 2008).

Para Karinkanta et al. (2005), este processo encerra inúmeras alterações na vida da pessoa idosa, interferindo na funcionalidade, mobilidade e saúde, muitas vezes,

privando-o de uma vida autônoma, interferindo em sua qualidade de vida. O processo é natural e mediado por fatores não modificáveis, como os processos biológicos e modificáveis como os fatores psicológicos e sociais. Postergar o início das doenças através de ações preventivas é um dos aspectos mais interessantes a ser incluído entre os indivíduos que visam o envelhecimento saudável e não há porque esperá-las passivamente para depois trata-las (JACOB FILHO, 2009).

O efeito cumulativo de alterações relacionadas à idade, doenças e meio ambiente inadequado predis põem as pessoas idosas a sofrerem intercorrências que, para essa população, possui um significado relevante, pois podem levar a incapacidades graves, injúria e morte, como é o caso das quedas seguidas de fraturas, por exemplo. O custo social neste caso é grande e torna-se ainda maior quando o idoso tem diminuição de autonomia e independência para a realização das AVD ou passa a necessitar de cuidados e institucionalização (FABRÍCIO et al, 2004; RIBEIRO et al, 2008).

Segundo Cruz et al, (2010), o crescimento da população idosa ocasiona uma série de alterações de magnitude profunda na sociedade, as quais abrangem o setor econômico, o mercado de trabalho, os sistemas e serviços de saúde, as relações familiares e de convívio em comunidade. O aumento progressivo do número de idosos pode levar ao estrangulamento das fontes de financiamento e altos gastos no atendimento à saúde.

Outros autores ainda observam que parte das pessoas idosas tendem a referir uma condição de saúde negativa, dentre elas, manifestações negativas relacionadas à percepção do estado de saúde, estão a baixa condição de renda e a escolaridade. A essas categorias, associam-se ainda relatos de co-morbidades e acometimento por doenças crônicas como hipertensão, artrite/artrose (ROCHA; CARNEIRO, 2010).

A depressão é outro fator incidente na saúde dos idosos, evidenciada largamente entre eles. Segundo Corrêa e Bessa (2006) é classificada como "distúrbio de humor" e pode acometer qualquer pessoa, em qualquer faixa etária. Ao compararmos a depressão no idoso com a que acomete outras faixas etárias não é possível delimitar diferenças nítidas, no entanto sabe-se que o idoso passa por circunstâncias específicas em razão do avanço da idade e das consequências que ele acarreta. Em consequência a todos esses

fatores que envolvem o processo de envelhecimento, tem-se a velhice como uma etapa do ciclo vital frequentemente vista como um período de estagnação e finalização da vida, de declínio e de perdas, de desespero e temor à morte, sem possibilidades de crescimento, participação e envolvimento nos mais variados contextos (LAMOND et al, 2009).

Assim observam-se diversos fatores influenciando direta ou indiretamente com a percepção de saúde no envelhecimento, influenciando-o positiva ou negativamente. De acordo com Carvalho (2007) tais percepções associadas a declínios funcionais e cognitivos, mais comuns com o advento da velhice, devem ser investigadas e monitoradas para que não se transforme em fator de risco para o isolamento social e conseqüente diminuição da qualidade de vida entre idosos. Nesse sentido, a rede de apoio familiar é muito importante e revela que os filhos e o cônjuge ou companheiro(a) constituem os principais integrantes nos referenciais do idoso no que diz respeito à ajuda ou incentivo para acessar recursos e serviços especializados (NARDI et al, 2010).

Mesquita (2009) enfatiza que as mudanças fisiológicas decorrentes do envelhecimento podem levar à diminuição da capacidade funcional a médio e longo prazo, as quais tornam os idosos mais suscetíveis à fragilidade e à dependência de cuidados. Pesquisadores da área concordam ainda com a necessidade da implantação de políticas públicas que possibilitem assistência integral à saúde do idoso e políticas de promoção da saúde, que busquem incentivar os idosos a viverem de forma ativa e independente na família e comunidade. Essa é uma preocupação entre os países que vivenciaram ou estão vivenciando esse processo de alteração na estrutura etária de sua população (ALEXANDRE; CORDEIRO, 2009; VERAS, 2009).

Alves et al (2010) relatam que a satisfação com a vida orienta os idosos a terem expectativas de um envelhecimento com harmonia e melhor qualidade de vida, ou seja, algo bem diferente do estereótipo de que na velhice só há perdas, sendo ignoradas quaisquer chances para ganhos nessa fase. Assim, a identificação de fatores associados com a incapacidade funcional dos idosos fornece elementos relevantes para as medidas de prevenção e intervenção, fundamentais na sociedade atual. O processo de envelhecimento biológico abarca alterações estruturais e funcionais que se acumulam de forma progressiva com o aumento da idade. Tais alterações podem comprometer o

desempenho de habilidades motoras, dificultar a adaptação do indivíduo ao ambiente (ABREU; CALDAS, 2008; VERAS, 2009).

Por outro lado, nem sempre doenças e limitações impossibilitam a experiência pessoal da velhice. Muitos idosos relatam estar envelhecendo de forma harmoniosa, embora os resultados de testes clinicamente objetivos demonstrem uma condição desfavorável de saúde. Questões ligadas a hábitos de vida, objetivos pessoais, papéis sociais e componentes da capacidade funcional podem contribuir facilitando e otimizando condições para um envelhecimento bem-sucedido (BOWLING; DIEPPE, 2005). Geralmente, o objetivos e perspectivas das pessoas idosas frente à vida diz respeito habitualmente à saúde, atividades de lazer e assuntos relativos às relações sociais e à vida de outros, principalmente de familiares. Essa definição orienta os planos de vida futuro e as tomadas de decisões que favorecem o desenvolvimento humano (FONSECA, 2005).

Nesse aspecto, na VRC as congregações priorizam a vida comunitária entre seus membros e segundo autores, quanto maior o número de pessoas morando no domicílio do idoso, melhor a afetividade e o auxílio que este recebe, o que favoreceria ao idoso maior integração com o meio e sucesso no envelhecer (PINTO et al, 2006). Na opinião de Fonseca (2005), os idosos não estão condenados a sofrer passivamente os impactos negativos dos acontecimentos e mudanças de suas vidas, mas a serem agentes ativos e capazes de propiciar ganhos e influências nessa fase do desenvolvimento. Em qualquer que seja o contexto, o grande desafio na atenção para a pessoa idosa é contribuir para que apesar das progressivas limitações decorrentes do envelhecimento, elas possam perceber possibilidades de viver com qualidade no meio sociocultural em que estão inseridas (ARGIMON et al., 2004; BRASIL, 2006).

Assim, falar sobre a instalação de um processo incapacitante que caracterize a necessidade de CLD significa também, pensar nas condições funcionais, cognitivas e fatores decorrentes ou desencadeantes de determinada condição (aguda ou crônica), os quais podem influir em sua direção, verificando em que nível tais doenças ou agravos impedem o desempenho das atividades cotidianas de forma autônoma e independente, ou seja, sem a necessidade de adaptações ou de auxílio de outras pessoas. Isso pode ser obtido por meio de uma avaliação funcional, essencial para estabelecer um diagnóstico,



um prognóstico e um julgamento clínico adequado que servirá de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a eficácia e a eficiência das intervenções propostas (DUARTE, 2005).

O nesse sentido a pessoa idosa teve um tempo maior de exposição aos acontecimentos da vida e às transições vivenciadas, vislumbrando seus projetos e objetivos num processo contínuo de resolução dos desafios, a partir das oportunidades e do potencial adaptativo de cada pessoa. Segundo Jóia, Ruiz e Donalísio (2008) saúde não é algo que se adquira dentro de um intervalo de tempo específico. Trata-se de um processo contínuo, ao longo da vida, em que são desenvolvidos todos seus aspectos ou dimensões – corporal, mental e sentimental – inter-relacionados harmoniosamente. Mais que a mera ausência de doença ou de capacidade, saúde implica integralidade e funcionamento pleno ou eficiência do organismo (mente e corpo), ademais do devido ajustamento social. Promover a saúde significa, portanto, fortalecer o equilíbrio entre todos os fatores a ela relacionados.

Observa-se que o envelhecimento, no que se refere à saúde e fatores associados, ocorre de forma diferenciada num contexto grupal e de integração como na VRC. No geral, grande parte das religiosas idosas não vivem nas casas destinadas aos CLD de suas Congregações destinadas a esse fim e sim em comunidades menores, envolvendo-se em trabalhos e ações que contribuam para o bem comum, continuando atuantes mesmo em idade avançada. Estas são as que ainda não se encontram sob a dependência de terceiros, mantendo funcionalidade, orientação, autonomia e assumem tarefas em suas comunidades, sendo consideradas suas capacidades.

### 6.3 VIDA RELIGIOSA CONSAGRADA: DA ITINERÂNCIA À NECESSIDADE DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO

A Igreja Pós-Conciliar abriu as portas para o serviço missionário e nesse sentido, a itinerância passou a ser parte da maioria das congregações/institutos de vida religiosa e está implícita no voto de obediência, base da VRC. Por outro lado, a decisão de deslocamento ou transferência de uma realidade para outra está subordinada à necessidade e à decisão de superiores, sendo que, para uma religiosa “trocar” de

residência há um processo chamado transferência, o qual ocorre através hierarquia constituída da congregação/instituto, em que a Superiora Provincial e seu Conselho deliberam sobre o assunto e apontam determinações em vista das necessidades pertinentes à missão, incluindo geralmente a mobilidade residencial.

Esse constante desinstalar-se, inerente à VRC (exceto em congregações de clausura) possibilita mobilidade, concebendo caráter itinerante e capacidade de mover-se, mas aqui de forma muito peculiar, ligada à necessidade da missão de cada congregação. O segmento populacional da VRC, de acordo com Ponte (2010) tem em seu contexto histórico, cultural, político e social a característica da constante mobilidade residencial, uma peculiaridade que se traduz no modo de vida. A mobilidade residencial não implicaria aqui em evento de adoecimento, mas sim na possibilidade de desapego mediante a necessidade institucional, exercício de formação de novos laços e a consolidação da identidade nesse estado de vida.

Essa condição de mobilidade e itinerância poderia trazer às pessoas que optam por esse estilo de vida certa insegurança diante do envelhecimento. Segundo Camarano e Kanso (2010), nas projeções para 2040 se prevê que os muito idosos serão aproximadamente um quarto da população idosa e cerca de 7% da população total, um contingente aproximado de 13,7 milhões de pessoas, sabendo-se que o envelhecimento implica em diminuição das capacidades físicas e fisiológicas. Entretanto a necessidade de cuidados, fragilidade e institucionalização, ainda são temas delicados a serem abordados nas famílias e sociedade de modo geral.

Entretanto, nesse sentido a VRC é previdente ao abordar tais questões, pois as congregações normalmente dispensam os cuidados necessários os seus membros idosos, quer seja em casas específicas como no presente estudo ou em pequenas comunidades. Por outro lado, Nascimento et al (2008) constatam que o ato de cuidar, dentro de sua complexidade, gera sentimentos diversos e contraditórios, como: medo, angústia, cansaço, tristeza e choro. Assim, a decisão pela Institucionalização considera um conjunto de acontecimentos na vida do indivíduo e uma interação complexa que envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo no curso de sua vida, culminando com um estado de maior vulnerabilidade e dependência de cuidados.

Neri (2010) baseando-se em dados demográficos, afirma que atualmente no Brasil, o envelhecimento populacional determina que haja mais idosos para serem cuidados, por mais tempo e por outros idosos, uma vez que a duração da vida está aumentando e que está diminuindo a disponibilidade de indivíduos jovens para o cuidado. O Brasil encontra-se em acelerado processo de envelhecimento de sua população, o que leva à busca de alternativas e urgente reorganização dos serviços públicos de atenção básica à saúde da pessoa idosa, formando uma rede de cuidados eficiente a partir da reestruturação dos serviços já existentes, frente às novas demandas que se apresentam, incluindo “novos” serviços, continentais com outras demandas anteriormente não identificadas (DUARTE, 2006).

Instituição de longa permanência é uma expressão que advém de uma adaptação da OMS, *long-term care institution*. Segundo autores, apesar de não ser literal, prevalece a designação em inglês, quando a expressão deveria ser instituição de cuidados prolongados ou de cuidados de longa duração (BORN e BOECHAT, 2006; COSTA, 2004).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia denomina no Brasil “instituição de longa permanência para idosos (ILPI)” e autores conceituam da seguinte forma:

estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público alvo são as pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Essas instituições, conhecidas por denominações diversas – abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancianato – devem proporcionar serviços na área social, médica, de psicologia, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades desse segmento etário” (BORN e BOECHAT, 2006).

Nos países desenvolvidos há o questionamento sobre qual a melhor forma de prover os CLD demandados pelos idosos com dificuldades ou limitações para a realização das atividades da vida diária (AVD). Idosos muito idosos requerem tanto cuidados pessoais quanto cuidados médicos propriamente ditos. Os cuidados de longa duração costumam situar-se na intersecção entre as políticas de saúde e assistenciais,

pois além de apresentarem algumas peculiaridades próprias a cada uma das áreas, são sutis as diferenciações existentes entre o curar e o cuidar.

Ainda acerca dos cuidados de longa duração, Camarano expressa:

entre as alternativas familiares para o cuidado do idoso, as mais antigas são as instituições asilares que, no Brasil, foram renomeadas para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). No entanto, a residência em ILPIs não é uma prática comum nos países do hemisfério sul. (CAMARANO et al, 2010, p. 187).

No Brasil, apesar de as leis vigentes estabelecerem, em primeiro lugar a família, seguida da sociedade e do Estado, com o dever de amparar as pessoas idosas, nem sempre se faz realidade concreta. O texto da constituição deixa claro que apenas na impossibilidade de a família cuidar de seu idoso é que a ILPI deve ser considerada alternativa para esse atendimento. A recomendação é expressa igualmente na PNI, de 1994, bem como Estatuto do Idoso, de 2003, leis que perpassam a maior parte das normas no âmbito da saúde e da assistência social do Brasil, leis que, de acordo com Camarano e Mello (2010) podem reforçar os preconceitos com relação ao cuidado institucional dentre outros.

Em nosso país ainda há preconceito quando se trata da institucionalização do idoso que depende de cuidados. Vale destacar os motivos pelos quais muitos procuram uma instituição para idosos: *os motivos mais frequentes que levam à busca de uma residência coletiva ou uma instituição são ausência de família, dificuldades de a família cuidar, relações familiares conflituosas aliadas à carência de renda, falta de moradia, dentre outros* (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010, p.166). Para Alcântara (2004) a residência em uma ILPI está diretamente ligada à pobreza na qual se encontra boa parte da população, especialmente as famílias dos idosos. Na expressão dos familiares, autor ainda relata os dizeres de muitos: *assim que conseguirem um emprego melhor, tiverem dinheiro para comprar medicamentos, conseguirem pessoas para cuidar de seus velhos, vão retirá-los do asilo.*

Peixoto (2006) adverte sobre este fenômeno e acrescenta a evidência com que os termos classificatórios diferenciam-se em concordância ao *status* econômico da pessoa em questão. Os que estavam ligados à nobreza e à alta burguesia não enfrentavam esta

velhice de penúria material. Entretanto, em nosso país, ainda há preconceito quando se trata da institucionalização do idoso que depende de cuidados dos quais a família já não tem mais condições de oferecer. Parte do preconceito pode ser decorrente de que a história da institucionalização da velhice começou como uma prática assistencialista, predominando na sua implantação a caridade cristã.

A institucionalização era resultado da pobreza individual e familiar e o termo asilo cristalizou-se como sinônimo de instituição para idosos pobres. Recorrer a uma ILPI é ainda atitude polêmica, carregada de preconceito e esta valorização negativa é mais forte quando a decisão pela internação do idoso é tomada pela família. As instituições religiosas são as “famílias” de seus membros e igualmente a decisão de um de algum deste ser transferido para a uma casa específica de CLD como é caso deste estudo, conforme já mencionamos, depende de vários fatores.

Assim sendo, vale ressaltar:

ao se avaliar a funcionalidade familiar, do ponto de vista da pessoa idosa e de seus cuidadores (quando existentes), verifica-se uma proporção maior de idosos frágeis em famílias com moderada ou elevada disfunção familiar o que, sem dúvida, compromete sua capacidade assistencial, tornando-as menos capazes de assistir adequadamente as demandas de seus familiares (DUARTE et al 2010, p.139).

Moraes (2012) ressalta que o cuidador de idosos usualmente é um familiar, do sexo feminino e, muitas vezes, é também idoso. Na sua maioria são pessoas não qualificadas, que assumiram o papel de cuidador pela disponibilidade, instinto ou vontade. É frequente encontrarmos cuidadores idosos, por vezes, tão ou mais frágeis que os idosos que estão sendo cuidados. Historicamente, a atividade de cuidar, seja das crianças ou das gerações mais velhas, tem sido predominantemente feminina, tendo em vista que *as mulheres, que constituem a maior parcela da população idosa, passam por um tempo maior expostas às fragilidades típicas da idade e são as principais cuidadoras, sejam familiares ou remuneradas* (CAMARANO; MELLO, 2010, p.18).

Salienta-se que a presença da mulher no mercado de trabalho é fator que muda a configuração do cuidado dispensado exclusivamente por membros das famílias, embora quase sempre, cuidar envolve prioritariamente tarefas e competências consideradas

femininas, para as quais, as mulheres mostram-se mais habilidosas devido a maior demanda, versatilidade e exposição a oportunidades de diferentes aprendizagens ao longo da vida, pois com frequência, elas cuidam simultaneamente de crianças, adolescentes e idosos (ROBERTO; JARROT, 2008). Em se tratando de VRC feminina e no caso deste estudo, o cuidado dispensado às religiosas tende a ser desempenhado majoritariamente por mulheres.

Diante do exposto, se por um lado, a itinerância na VRC implica em um constante desinstalar-se, não ter casa fixa para residir e bens próprios, por outro, há garantias de que ao chegar ao fim da vida, existirá uma moradia, um espaço de cuidado e proteção, um lar para se instalar e permanecer, uma vez que Congregações ou Institutos de VRC provêm casas específicas e pessoas qualificadas para os CLD de seus membros.

## 7 METODOLOGIA

### 7.1 DELINEAMENTO GERAL DO ESTUDO

A pesquisa é de caráter quantitativo, transversal de cunho populacional.

### 7.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E PROCEDIMENTO AMOSTRAL

O estudo será desenvolvido com um número aproximado de 54 participantes em três residenciais que se destinam a cuidados de longa duração para idosas religiosas, na cidade de Passo Fundo, quais sejam:

- a) Instituto Cristo Rei, pertencente à Congregação das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeu;
- b) Comunidade Santa Isabel, pertencente à Congregação das Irmãs do Divino Salvador;
- c) Residência Betânia, pertencente à Congregação das Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria Auxiliadora.

### 7.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora por meio de entrevista direta com as idosas e Coordenadoras das referidas residências no período de outubro de 2011 a janeiro de 2012, conforme previsto no cronograma. O procedimento da coleta utilizará um questionário estruturado, no qual a entrevista será registrada. Antes porém, será realizado um teste piloto para ajuste do instrumento. O mesmo está subdividido em seis sessões conforme (APÊNDICE IV - Projeto) a saber:

Sessão A - informações pessoais: contemplou os dados de identificação: código da instituição, data da entrevista, código do idoso, data de nascimento, nacionalidade, ocupação ou trabalho que desenvolveu na Instituição durante a vida, data da entrada na instituição (entendida como Instituição/Congregação e não na residência para CLD), escolaridade em anos de estudo, aposentado ou pensionista, prática de atividade física, principal razão de estar morando na instituição, necessidade de cuidado e se ao morar na instituição passou ser cuidadora.

Sessão B - condições de saúde: considerou as condições de saúde, questionando se o indivíduo é portador de diabetes, problemas cardiovasculares, sequela de AVC, câncer, afecção demencial, osteoporose, Parkinson, afecção gastrointestinal, artrose e outra morbidade. Observou-se nesse cenário o uso de medicação, considerando alguns dos medicamentos mais utilizados nessa faixa etária como analgésico, anti-inflamatório, corticosteroide, antibiótico/antibacteriano, antiarrítmico, hipoglicemiante, hormônio, protetor gástrico, diurético, hipotensor, ansiolítico/antidepressivo, hipnótico/sedativo, antineoplásico/imunomoduladores, antialérgico, antiparasitário, homeopático, fitoterápico, vitamínico. Ainda nesta sessão foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), a qual classifica pontuação de 0 a 5 como ausência de depressão; 6 a 10 depressão leve e 11 a 15 como depressão severa. É uma ferramenta útil, de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos, recomendada pelo Ministério da Saúde, conforme Caderno de Atenção Básica n.19, p. 142. (BRASIL, 2006).

Sessão C - condições de funcionalidade: avaliação da funcionalidade, obtida com o Index de Katz para avaliar a Independência nas Atividades de Vida Diária. Criado por

Sidney Katz e publicado pela primeira vez em 1963, até hoje é um dos instrumentos mais usados em estudos com idosos, devido à praticidade na aplicação e confiabilidade. As atividades contempladas para avaliação são descritas como Atividades de Vida Diária (AVD) e relacionadas ao autocuidado, como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, continência e alimentar-se, classificando os indivíduos como independentes, parcialmente dependentes ou dependente (BARRO, 2010) também recomendado pelo Ministério da Saúde, conforme Caderno de Atenção Básica n.19, p. 145. (BRASIL, 2006).

Sessão D - avaliação cognitiva: através do Mini Exame do Estado Mental - MEEM avaliou os aspectos cognitivos. É o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não requerendo material específico. Neste questionário, quanto mais os resultados se aproximarem da pontuação total = 30, melhor o estado cognitivo dos indivíduos e menos indicativo de déficit. Deve ser utilizado como instrumento de rastreio não substitui uma avaliação mais detalhada, pois, apesar de avaliar vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho) o faz de maneira superficial. É um dos poucos validados e adaptados para a população brasileira. Foi descrito por (FOLSTEIN, FOLSTEIN e MCHUGH, 1975). É teste recomendado pelo Ministério da Saúde, conforme Caderno de Atenção Básica n.19, p. 138. (BRASIL, 2006).

Sessão E - hábitos alimentares: analisou o consumo alimentar da coorte estudada utilizando Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA), composto por uma lista de alimentos classificados de acordo com os grupos: carnes, leite e derivados, ovos, verduras e legumes, frutas, cereais, gorduras, doces, bebidas e infusões. A frequência de consumo foi classificada como diário, semanal, mensal, anual ou nunca, sendo este questionário adaptado de Frank; Soares (2002).

Sessão E - ocupação do tempo livre: contendo oito questões fechadas, considerou a ocupação do tempo livre pesquisando se a pessoa realizava leituras, assistia televisão, ouvia radio/música, utilizava o computador, realizava passeio/visita, praticava atividades manuais, jardinagem e horta ou jogava cartas.



#### 7.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados serão mensurados utilizando-se o programa estatístico SPSS para Windows versão 10.0 ou superior. Utilizar-se-á testes paramétricos e não-paramétricos para analisar as relações de dependência, independência e interdependência entre as variáveis pesquisadas. Entre os testes estatísticos que serão utilizados, destacamos o teste de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Qui-quadrado exato de Fisher. Os dados serão analisados para um nível de significância de 5% ( $p = 0,05$ ).

#### 7.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo observa a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre a participação de pessoas na pesquisa nas suas diretrizes em relação à pesquisa com seres humanos. O Projeto, (APÊNDICE B – Dissertação), foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo CAAE n. 0138.0.398.000-11 com parecer favorável para sua execução sob Protocolo n. 312/2011, (ANEXO A - Dissertação) e atende aos seguintes aspectos éticos do consentimento:

##### a) Das instituições

1. Instituto Cristo Rei, casa fundada em 1985. Pertence à Congregação das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeu – (Carlistas), situada à Rua Plínio Moura, S/N, Bairro São Cristóvão. Tel: (54) 3045-4449. Coordenadora responsável: Irmã Modesta Bortolotto.
2. Comunidade Santa Isabel, fundada em 2007. Pertence à Congregação das Irmãs do Divino Salvador - (Salvatorianas), situada à Rua Álvaro de Quadros, 654, Bairro São Cristóvão. Tel: (54) 3311-8622. Coordenadora responsável: Irmã Lúcia Risson.
3. Residência Betânia, fundada em 1994. Pertence à Congregação das Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria Auxiliadora – (Franciscanas) situada à Rua Minas Gerais, 1001, Bairro Lucas Araújo. Tel: (54) 3311-2699. Coordenadora responsável: Irmã Tânia Volpato.

##### b) Dos sujeitos

Através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A – Dissertação), os sujeitos autorizarão sua participação voluntária na pesquisa, assegurando-se o direito dos mesmos de retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização. Os sujeitos terão assegurada a sua privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa. Acredita-se que os resultados da pesquisa contribuirão para dimensionamento de políticas de atenção aos idosos sob CLD de outras congregações do município, quer seja em ILPI particulares ou filantrópicas. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido resguardará aos autores do projeto a propriedade intelectual dos dados e a divulgação pública dos resultados. No decorrer do estudo serão respeitados os valores culturais, morais, sociais, religiosos e éticos, bem como seus hábitos e costumes. Os sujeitos terão assegurado o direito de receber respostas a qualquer pergunta e de liberdade de acesso aos dados da pesquisa. Será garantido aos participantes que os dados do estudo serão utilizados, unicamente, como previsto no projeto de pesquisa.

## 8 CRONOGRAMA

Mês	2011										2012										2013	
	M	A	M	J/J	A	S	O	N	D	J/F	M	A	M	J/J	A	S	O	N	D	J/F	M	
1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
2	x	x	x	x																		
3				x																		
4				x	x																	
5							x															
6							x															
7							x	x	x	x												
8										x	x	x	x	x	x							
9											x	x	x	x	x	x	x	x				
10																				x	x	
11																					x	
12																					x	

Legenda:

- 1 - Revisão da literatura
- 2 - Elaboração do Projeto
- 3 - Contato com o campo de pesquisa
- 4 - Submissão ao CEP da UPF
- 5 - Submissão à Banca de Qualificação
- 6 - Teste Piloto
- 7 - Inicia coleta de dados
- 8 - Análise dos dados
- 9 - Discussão e redação da dissertação
- 10.- Envio da produção científica e entrega do texto aos componentes da Banca.
- 11 - Recesso
- 12 - Apresentação pública da Dissertação à banca de sustentação e ajuste da versão final

## 9 ORÇAMENTO

DESCRIÇÃO DO MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR
Resmas de papel A4	5	R\$ 72,50
Blocos de anotação	3	R\$ 10,50
Gravador	1	R\$ 130,00
Cartuchos de tinta	2	R\$ 65,00
Pen-drive	1	R\$ 30,00
Xerox e encadernações	O necessário	R\$ 260,00
Outros materiais: canetas, marca-textos, etc...	O necessário	R\$ 30,00
Transporte – Passes de ônibus	180	R\$ 200,00
Total		R\$ 828,00

Os custos referentes à execução desse projeto, no que diz respeito às despesas financeiras, estão sob minha responsabilidade enquanto pesquisadora.

## 10 REFERÊNCIAS

ABREU, S. S. E.; CALDAS, C. P. Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosos participantes e não participantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Rev. bras. fisioter.* São Carlos, v. 12, n. 4, p. 324-30, jul./ago. 2008.

ALCÂNTARA, A. O. *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos*. Campinas, SP: Alínea, 2004.

ALEXANDRE, T. S.; CORDEIRO, R. C. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 613-621, maio. 2009.

ALVARENGA, M. C. V-B H. *Os 147% em questão: o movimento dos aposentados no Rio de Janeiro na década de 90*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense, p.119, 2006.

ALVES, L. C. et al. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, jul/ago. 2008.

\_\_\_\_\_. et al. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, mai. 2010.

ARGIMON, I. I. L. et al. O impacto de atividades de lazer no desenvolvimento cognitivo de idosos. *Rev. Bras. Ciênc. Envelhec. Hum.* Passo Fundo, v. 1, n. 1, p. 38-47, jan./jun. 2004.

BEAUVOIR, S. de. *A Velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. Estudo sobre a formação presbiteral num seminário católico. *Estud. psicol. Campinas*, v. 20, n. 3, p. 99-123, set./dez. 2003.

BORN, T., BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. (org.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1131-1141.

BOWLING, A.; DIEPPE, P. What is successful ageing and who should define it? *The British Medical Journal, BMJ*, v. 33, n. 7531, p. 1548-1551, dez. 2005.

BRASIL. *Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos. V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade dos abrigos e asilos de*

*idosos no Brasil. Brasília, DF: Comissão de Direitos Humanos, 2002. Disponível em: <[http://www.dhnet.org.br/dados/caravanas/br/v\\_caravana.htm](http://www.dhnet.org.br/dados/caravanas/br/v_caravana.htm)>. Acesso em: 16 nov. 2012.*

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria n 2528/GM de 19 de outubro de 2006. Brasília – DF. 2006.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006. p. 88-105.

\_\_\_\_\_. et al. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (Org). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 187.

\_\_\_\_\_. KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In: CAMARANO, A. A. (Org). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 93-122.

\_\_\_\_\_. LEITÃO E MELLO, J. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A. A. (Org). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 67-91.

\_\_\_\_\_.; SCHARFSTEIN, E. A. Instituições de longa permanência para idosos: abrigo ou retiro?. In: CAMARANO, A. A. (Org). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 163-186.

CARVALHO, J. S. A. Satisfação de idosos com aparelhos auditivos concedidos no estado do Tocantins. *Arq. Int. Otorrinolaringol.* São Paulo, v. 11, n. 4, p. 416-426, 2007.

COLUSSI, E. L. *A maçonaria gaúcha no século XIX*. Passo Fundo: Editora Universidade de Passo Fundo, 2011.

COMPÊNDIO DO VATICANO II: Constituições, Decretos e Declarações. (org.) KLOPPENBURG, B.; VIER, F. 3. ed. Vozes, Rio de Janeiro, 1968.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL (CNBB). *Fraternidade e pessoas idosas: texto base CF-2003*. São Paulo. Salesiana, 2002.

\_\_\_\_\_. Código de Direito Canônico. Tradução oficial: Nota, comentários e índice analítico por Pe. Jesús Hortal. São Paulo: Loyola, 1998.

CORRÊA, E. C. G. S.; BESSA, C. K. A. *Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados no município de Belém - PA*. Monografia (Curso de Fisioterapia). Universidade da Amazônia - UNAMA. Belém, Pará, 2006.

COSTA, E.F.A. *Análise de soroprevalência para as infecções pelos vírus das hepatites B e C em idosos residentes em asilos no município de Goiânia (GO)*. Dissertação (Programa de mestrado em medicina tropical. Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública) - Universidade de Goiás, Goiânia, 2004.

CRUZ, D.T.; CAETANO, V. C.; LEITE, I. C. G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 500-508, 2010.

DUARTE, Y. A. O. Envelhecimento, funcionalidade e arranjos domiciliares na América Latina e Caribe. (Tese Livre-Docência) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, p. 205, 2005.

\_\_\_\_\_. et al. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo sabe. (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). In: CAMARANO, A. A. (Org). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 123-144.

\_\_\_\_\_. Serviços de atendimento aos idosos. In: CERQUEIRA, A. T. de A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. (Orgs.). *Compreendendo o cuidado do idoso: uma abordagem multiprofissional*. Botucatu: Cultura Acadêmica, UNESP, 2006.

FABRÍCIO, S. C. C. et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 721-726, set./out. 2004.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 167-76, jan./mar. 2012.

JACOB FILHO, W. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. São Paulo. *BIS - Boletim Instituto de Saúde*, São Paulo, n. 47, p. 27-32, abr. 2009.

FOLSTEIN, M. F; FOLSTEIN, S. E; MCHUGH, P. R. “Mini-Mental State”: a practical Method for grading the cognitive state of patients for the clinic. *J. Psychiatr. Res.*, v. 12, p. 198-198, 1975.

FONSECA, A. M. O envelhecimento bem sucedido. In: C. PAÚL; A.M. FONSECA (coords.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa, Climepsi Editores, 2005.

FRANÇA, J. C. *Educação e corporeidade: o corpo como elemento da autonomia em mulheres idosas*. Dissertação (Mestrado) Centro Universitário Salesiano de São Paulo. UNISAL. Americana, São Paulo. 2010.

FRANK, A. A.; SOARES, E. A. *Nutrição no Envelhecer*. São Paulo: Atheneu, 2002.

FURLANI, D. D. *Juventude e afetividade: tecendo projeto de vida pela construção de mapas afetivos*. 143f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GONDIM, L. V. C. *Violência intrafamiliar contra o idoso: uma preocupação social e jurídica*. 2010. Disponível em: <<http://www.pgj.ce.gov.br>> Acesso em: 16 nov. 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tábuas Completas de Mortalidade do Brasil*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 16 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica*.

Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 16 nov. 2012.

JÓIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALÍSIO, M. R. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, n. 17, v. 3, p. 187-194, jul./set., 2008.

KARINKANTA, S. et al. Factors predicting dynamic balance and quality of life in home-dwelling elderly women. *Gerontology*. v. 51, n. 2, p. 116-121, mar./abr. 2005.

KOCH FILHO, H.R., BISINELLI, J.C. Abordagem de famílias com idosos. In: MOYSÉS ST, KRIGER L, MOYSÉS SJ. *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 236-245.

LAMOND, A. J. et al. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *J. Psychiatry Res*. v. 43, n. 1, p. 148-54, 2009.

LOBATO, A. T. G. Serviço social e envelhecimento: perspectivas de trabalho do assistente social na área da saúde. In: BRAVO, M. I. S. et al (Orgs.). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2004, p. 135-149.

LUZARDO, A. R. et al. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 587-94, out./dez. 2006.

LYRA, S. N. M. N. *O Envelhecimento da população brasileira e o aumento do uso de medicamentos – A Atenção Farmacêutica como política pública para o acompanhamento do uso de medicamentos*. Belo Horizonte. UFMG/FAFICH, 2008. Disponível em: [artigocientifico.uol.com.br/acervo/4/50/tpl\\_2358.html](http://artigocientifico.uol.com.br/acervo/4/50/tpl_2358.html). Acesso em: 05 dez 2012.

MASCARELO, A. *Condições de vida e saúde dos idosos no município de Coxilha-RS*. 131 p. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo/UPF. Passo Fundo, 2011.

MARTINS, R. M. L.; RODRIGUES, M. L. M. Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium. Revista do ISPV*, n. 29, p. 249-254, jun. 2004.

MEDEIROS, S. A. R. Como pensar a vida. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 75, p. 1-208, 2003.



MERCADANTE, E. F. Algumas reflexões sobre o lugar social da velhice e do velho. In: São Paulo. Secretaria da Saúde. Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, p. 16-17, 2007.

MESQUITA, G. V. Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. *Texto contexto - enferm.* Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 63-67, jan-mar, 2009.

MORAES, E. N. *Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, n. 98, p. 43, 2012.

MOZER, N. M. S.; OLIVEIRA, S. G.; PORTELLA, M. R. Musicoterapia e exercícios terapêuticos na qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Estud. interdiscipl. envelhec.* Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 229-244, 2011.

NARDI, E. F. R., MIGUEL, M. E. G. B., SALVIATTO, P. dos S. V. Envelhecimento e saúde: perfil de idosos em um município do Norte do Paraná. *Revista F@pciência*, Apucarana-PR, v.7, n. 1, p. 1-12, 2010.

NASCIMENTO, L. C. et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Rev Bras Enferm.* Brasília, v. 61, n. 4, p. 514-517, jul./ago. 2008.

NERI, A. L. Desafios ao bem-estar físico e psicológico enfrentados por idosos cuidadores no contexto da família: dados do FIBRA Campinas. In: CAMARANO, A. A. (Org). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 303-336.

\_\_\_\_\_. *Idosos no Brasil vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

\_\_\_\_\_. Melhor Idade para Quem? In: 19ª Conferência Mundial de Serviço Social, Centro de Conferências Salvador/Bahia, 2008.

NUNES, M. P. *O envelhecimento no feminino: um desafio para um novo milênio*. Lisboa: Quarteto Editorial, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002 / Organização das Nações Unidas*. Tradução de Arlene Santos. — Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, (Série Institucional em Direitos Humanos, v. 1), 2003.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, M. M. L. (org). *Velhice ou terceira idade? Estudos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: FVG, 2006.

PEREIRA, W. C. C. *Sofrimento psíquico dos presbíteros: dor institucional*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-667, jul./set. 2006.

PINTO, J. L. G. et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 753-764, Rio de Janeiro, 2006.

PONTE, A. Q. *Afetividade de idosos de vida religiosa consagrada e a moradia na casa de saúde: projetos de vida e processo de estabilização residencial*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Fortaleza, 2010.

PORTELLA, M. R. A pessoa idosa no contexto rural da 6º CRS. In: CREUTZBERG, M. et. al. *VII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, 2008*, Porto Alegre, Anais. Brasília: ABEn, 2008.

RIBEIRO, A. P. et al. A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1265-1273, jul./ago. 2008.

RIBEIRO, A. P. F. *Imagem da velhice em profissionais que trabalham com idosos: enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social*. Dissertação (Mestrado). Universidade de Aveiro. Aveiro, 2007.

ROBERTO, K. A.; JARROT, S. E. Family caregivers of older adults: a life span perspective. *Family Relations*, v. 57, n. 1, p. 100-111, jan. 2008.

ROCHA, S. V.; CARNEIRO, L. R. V. Condições de saúde de mulheres idosas residentes em uma cidade do nordeste do Brasil. *Arq. Ciênc. Saúde*, Umuarama, v. 17, n. 2, p. 80-83, abr/jun, 2010.

SAÚDE BRASIL: *20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. 2008. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>> Acesso em: 19 ago 2011.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2008.

SERBIN, K. P. *Padres, celibato e conflito social: uma história da Igreja Católica no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

SHEIKH, J. I, YESAVAGE, J.A. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*, v. 5, n. 1/2, p. 165-173, jun. 1986.

SILVA, A. E.; MENEZES, E. A. G.; COELHO, T. O. A.; MORAES, E. N. Aspectos Bio-Psico-Sociais dos Idosos Institucionalizados na Casa do Ancião da Cidade Ozanan, no Ano de 2005, em Belo Horizonte. (Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG). Belo Horizonte, out. 2005.

SOUZA, R. F.; MATIAS, H. A. BRÊTAS, A. C. P. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2835-2843, set. 2010.

TAGLIAPIETRA, M. V.; GARCES, S. B. B. Condições de saúde e dados sócio-demográficos de idosos institucionalizados na cidade de Cruz Alta, RS. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, a. 16, n. 164, jan. 2012.

TEIXEIRA, I.N.D.A.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 81-94, jan./mar. 2008.

TEIXEIRA, S. M. Envelhecimento do trabalhador e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira. *Argumentum*, Vitória, v. 1, n. 1, p. 63-77, jul./dez. 2009.

\_\_\_\_\_. *Envelhecimento e trabalho no tempo do capital*, São Paulo: Cortez, 2008.

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

\_\_\_\_\_. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-554, mai./jun. 2009.

\_\_\_\_\_. Velhice e envelhecimento: A longevidade da população: desafios e conquistas. *Rev. Serv. Soc. e Sociedade (Especial Envelhecimento)*, São Paulo, v. 24, n. 75, p. 5-18, set. 2003.

## **APÊNDICE 1**

Universidade de Passo Fundo  
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia  
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

---

### **Convite de participação**

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre o envelhecimento dentro da vida religiosa consagrada feminina. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre informações pessoais, condições de saúde, uso de medicamentos, avaliação cognitiva, hábitos alimentares e ocupação do tempo livre.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu tratamento e em nada influenciará caso o (a) senhor (a) não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações serão anônimas e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

---

Prof. Marilene Rodrigues Portella

Neuza Maria Sangiorgio Mozer

Data: 05/07/2011.

## **APÊNDICE 2**

Universidade de Passo Fundo  
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia  
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

---

**Solicitação de autorização**

Passo Fundo, 5 de julho de 2011.

Senhora Coordenadora

Pelo presente, solicitamos a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa “Envelhecimento, vida religiosa consagrada feminina e cuidados de longa duração: um estudo no contexto de Passo Fundo - RS”, junto a esta residência para cuidados de longa duração das Irmãs idosas desta instituição religiosa.

---

Prof. Marilene Rodrigues Portella

---

Neuza Maria Sangiorgio Mozer

## APÊNDICE 3

Universidade de Passo Fundo  
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia  
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

---

### **Fornecimento de autorização**

Passo Fundo, 9 de março de 2004.

Autorizo a realização da pesquisa “Envelhecimento, vida religiosa consagrada feminina e cuidados de longa duração: um estudo no contexto de Passo Fundo - RS”, nesta instituição.

---

Residência para CLD da instituição

---

Assinatura da Direção

## APÊNDICE 4



Universidade de Passo Fundo  
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia  
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

---

### Instrumento de coleta de dados

Envelhecimento, vida religiosa consagrada feminina e cuidados de longa duração: um estudo no contexto de Passo Fundo – RS

Este instrumento tem como finalidade verificar a sua opinião em relação aos A contribuição da pesquisa centra-se na obtenção de subsídios referentes aos cuidados de longa duração, produzindo novos conhecimentos nessa área, a partir do olhar lançado sobre as comunidades de idosas religiosas. Para responder as questões tenha em mente tranquilidade, calma e clareza em relação às informações fornecidas. Por favor, responda a todas as questões.

### **SECÃO A – INFORMAÇÕES PESSOAIS**

- A1. Código da instituição: \_\_\_\_\_  
A2. Data da entrevista: \_\_\_\_\_  
A3. Código do idoso: \_\_\_\_\_  
A4. Data de nascimento: \_\_\_\_\_  
A5. Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
A6. Tempo de vida religiosa: \_\_\_\_\_  
A7. Ocupação: \_\_\_\_\_  
A8. Data da entrada na instituição: \_\_\_\_\_  
A9a. Escolaridade em anos de estudo: \_\_\_\_\_  
A9b. Analfabeto  
( ) sim ( ) não

Caso responda não, indicar os anos de estudo completos\_\_\_\_\_

A10. Aposentado

sim  não

NS/NR

A11. Prática de atividade física

Nunca

Com frequência

Raramente

Parei

NS/NR

A12. A principal razão de estar morando na instituição é a necessidade de cuidado

Sim  Não

A13. Ao morar na instituição passou ser cuidadora

Sim  Não

### **SEÇÃO B - CONDIÇÕES DE SAÚDE**

B1. Sobre a condição de saúde/doença:

B1a. Tem diabetes?

Sim  Não

B1g. Tem doença de Parkinson?

Sim  Não

B1b. Tem problemas cardiovasculares?

Sim  Não

B1h. Tem afecções gastrointestinais?

Sim  Não

B1c. Tem seqüelas de AVC?

Sim  Não

B1i. Tem artrose?

Sim  Não

B1d. Tem câncer?

Sim  Não

B1j. Tem afecções respiratórias?

Sim  Não

B1e. Tem afecções demenciais?

Sim  Não

B1l. Tem outra morbidade?

Sim  Não

B1f. Tem osteoporose?

Sim  Não

B2. Uso de medicamentos

Sim  Não



B3. Caso responder SIM indique o número de medicamentos utilizados: \_\_\_\_\_

B4. Grupos dos medicamentos:

B4a) Analgésicos  
( ) Sim ( ) Não

B4l) Hipotensores  
( ) Sim ( ) Não

B4b) Anti-inflamatórios  
( ) Sim ( ) Não

B4m) Ansiolíticos/antidepressivos  
( ) Sim ( ) Não

B4c) Corticosteroides  
( ) Sim ( ) Não

B4n) Hipnóticos/sedativos  
( ) Sim ( ) Não

B4d) Antibióticos/Antibacterianos  
( ) Sim ( ) Não

B4o) Antineoplásicos/Imunomoduladores  
( ) Sim ( ) Não

B4e) Antiarrítmico  
( ) Sim ( ) Não

B4p) Antialérgicos  
( ) Sim ( ) Não

B4f) Hipoglicemiante  
( ) Sim ( ) Não

B4r) Antiparasitários  
( ) Sim ( ) Não

B4g) Hormônios  
( ) Sim ( ) Não

B4s) Homeopáticos  
( ) Sim ( ) Não

B4i) Protetor gástrico  
( ) Sim ( ) Não

B4t) Fitoterápicos  
( ) Sim ( ) Não

B4j) Diuréticos  
( ) Sim ( ) Não

B4u) Vitamínicos  
( ) Sim ( ) Não

B5. Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA (GDS-15)		
	Sim	Não
B5a O(a) senhor(a) está basicamente satisfeito(a) com a sua vida	1	2
B5b Tem diminuído ou abandonado muitos dos seus interesses ou atividades anteriores	1	2
B5c Sente que sua vida esta vazia	1	2
B5d Tem estado aborrecido(a) frequentemente	1	2
B5e tem estado de bom humor a maior parte do tempo	1	2
B5f tem estado preocupado(a) ou tem medo de que alguma coisa ruim vá lhe acontecer	1	2
B5g sente-se feliz a maior parte do tempo	1	2
B5h com freqüência se sente desamparado(a) ou desvalido(a)	1	2
B5i tem preferido ficar em casa em vez de sair e fazer coisas	1	2

B5j tem sentido que tem mais problemas com a memória do que outras pessoas de sua idade	1	2
B5k o(a) senhor(a) acredita que é maravilhoso estar vivo(a)	1	2
B5l sente-se inútil ou desvalorizado(a) em sua situação atual	1	2
B5m sente-se cheio(a) de energia	1	2
B5n se sente sem esperança diante da sua situação atual	1	2
B5o o(a) senhor(a) acredita que as outras pessoas estão em situação melhor	1	2

Fonte: Descrita por Shiekh e Yasavage (1986).

## SEÇÃO C – CONDIÇÕES DE FUNCIONALIDADE

### Avaliação da Funcionalidade - Index de Katz

C.1 Atividades Básicas da Vida Diária					
	Sem dificuldade	Com pouca dificuldade	Com muita dificuldade	Só com ajuda	Não consegue
C.1a Banhar-se	0	1	2	3	4
C.1b Vestir-se	0	1	2	3	4
C.1c Ir ao banheiro a tempo	0	1	2	3	4
C.1e Transferência	0	1	2	3	4
C.1f Continência	0	1	2	3	4
C.1g Alimentar-se	0	1	2	3	4

## SEÇÃO D - AVALIAÇÃO COGNITIVA

### Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Mini exame do Estado Mental (MEEM)			Sim	Não
D.1 Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana		
D.2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local		
D.3. Repita as palavras	Peça ao idoso para	Caneca		

(0 - 3 pontos)	repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda (máximo 5 repetições)	Tijolo Tapete		
D.4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)		
D.4.a. Cálculo(0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65		
D.4.b.	Solete a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M		
D.5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete		
D.6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta		
D.7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.		
D.8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão		
D.9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS		
D.10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.			
D.11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:			

## SECÃO E – HÁBITOS ALIMENTARES

### Questionário de Frequência de Consumo Alimentar – QFCA

Categorias	Frequência de Consumo Alimentar				
	DIÁRIO	SEMANAL	MENSAL	ANUAL	NUNCA
<b>CARNES</b>					
1. Carne de gado					
2. Carne de frango					
3. Carne de porco					
4. Carne de peixe					
<b>LEITE E DERIVADOS</b>					
1. Leite pasteurizado					
2. Queijo					
3. iogurte					
<b>OVOS</b>					
1. Ovo de galinha					
<b>VERDURAS E LEGUMES</b>					
1. Tomate					
2. Alface					
3. Pepino					
4. Cenoura					
5. Chuchu					
6. Couve-flor					
<b>FRUTAS</b>					
1. Banana					
2. Maçã					
3. Laranja					
4. Mamão					
<b>LEGUMINOSAS</b>					
1. Feijão					
2. Lentilha					
<b>CEREAIS</b>					
1. Arroz					
2. Massa					
3. Biscoito					
4. Pão					
5. Batata					
<b>GORDURAS</b>					
1. Margarina					
2. Maionese					
3. Óleo vegetal					
4. Gordura animal (banha)					
5. Frituras					

DOCES					
1. Bala					
2. Bolo					
3. Sobremesa					
4. Chocolate					
BEBIDAS E INFUSÕES					
1. Água					
2. Chimarrão					
3. Suco					
4. Refrigerante					
5. Café					
6. Chá					
Outros					

Fonte: Adaptado segundo FRANK; SOARES, 2002.

### **SECÃO F- OCUPAÇÃO DO TEMPO LIVRE**

	Sim	Não
F.a Leitura	1	2
F.b Assiste televisão	1	2
F.c Ouve radio/musica	1	2
F.d Utiliza computador	1	2
F.e Passeio/visita	1	2
F.f Atividades manuais	1	2
F.g Jardinagem/atividade na horta	1	2
F.h Joga cartas	1	2

Muito obrigada pela disponibilidade e colaboração na pesquisa

respondendo a este questionário!

