



Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP
Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB
Departamento de Saúde Pública
Pós Graduação em Saúde Coletiva

Descrição da população idosa segundo sua qualidade de vida e capacidade funcional em uma cidade de médio porte no interior paulista

Célia Regina Covolan
Orientadora: Prof^a Livre-Docente Tania Ruiz

Dissertação apresentada como trabalho de conclusão do Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Pública, visando à obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Botucatu – 2009

Célia Regina Covolán

Descrição da população idosa segundo sua qualidade de vida e capacidade funcional em uma cidade de médio porte no interior paulista

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª Livre-Docente Tania Ruiz

Botucatu

2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Covolán, Célia Regina.

Descrição da população idosa segundo sua capacidade funcional de uma cidade de meio porte do interior paulista / Célia Regina Covolan. – Botucatu : [s.n.], 2009.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2009.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Tânia Ruiz

Assunto CAPES: 40602001

1. Saúde pública. 2. Idosos. 3. Botucatu (SP).

CDD 614

Palavras chave: Autonomia; Capacidade funcional; Idoso; Qualidade de vida.

A meus pais, Frederico e Célia, pela vida, pelo
carinho e amor constantes.
Ao meu irmão Carlos e minha cunhada
Cristiane, sendo incansáveis motivadores e por
terem sido meu principal estímulo para estudar,
trabalhar e viver mais feliz.
A minha família, devo tudo
o que faço e sou. Minha
profunda gratidão a todos.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Professora Tania Ruíz pela acolhida, paciência, confiança depositada e imensa contribuição durante a elaboração deste estudo.

Ao professor Alberto De Vitta pela amizade e contribuição no meu primeiro trabalho científico, com participação valiosa na minha formação profissional.

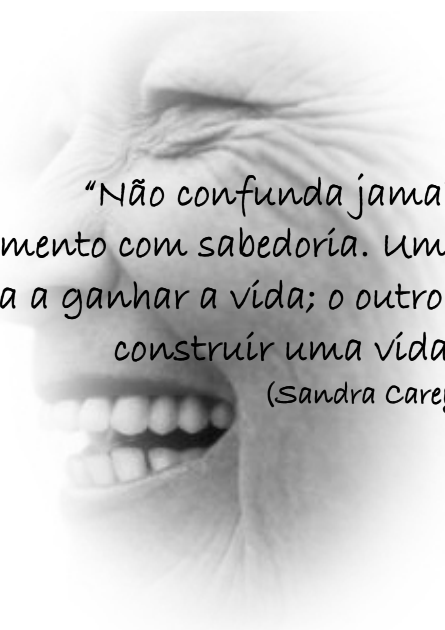
Ao professor Jorge António de Almeida pela amizade e contribuição fundamental na minha formação profissional.

Aos funcionários da secretaria de pós-graduação pela paciência infinita.

A todos os professores do departamento de Saúde Coletiva e funcionários.

Aos colegas de mestrado, pelos momentos agradáveis que compartilhamos juntos.

Aos idosos envolvidos na pesquisa. Sem eles não seria possível a realização deste trabalho.



*“Não confunda jamais
conhecimento com sabedoria. Um o
ajuda a ganhar a vida; o outro a
construir uma vida”.*
(Sandra Carey)

Há algumas décadas, os padrões de crescimento populacional têm se modificado provocando desafios às demandas de atenção à saúde. O aumento da sobrevivência da população idosa tem como consequência o aumento da prevalência de doenças crônicas e a perda da capacidade funcional nesta faixa etária sendo que esta está intimamente ligada à qualidade de vida. Sendo assim, esta pesquisa visou descrever uma amostra da população de idosos do município de Botucatu-SP, segundo a capacidade funcional. Tratou-se de um estudo epidemiológico transversal, populacional, com indivíduos de sessenta anos e mais, do município de Botucatu-SP. Foi realizado um inquérito domiciliar com instrumentos validados e foram entrevistados 364 idosos de ambos os sexos, com idade média de $71,0 \pm 7,7$ anos e baixo nível de escolaridade, onde quarenta e cinco vírgula seis por cento possuíam o “primário”, cinquenta e dois vírgula dois por cento viviam com companheiro e oitenta vírgula cinco por cento não trabalhavam. Quarenta e nove vírgula dois por cento relataram apresentar boa saúde, dezenove vírgula dois relataram alguma atividade de lazer e sessenta e nove por cento se auto-avaliaram como tendo uma boa qualidade de vida. Noventa e quatro vírgula dois por cento apresentaram independência em suas atividades de vida diária (índice de Katz). Em relação às atividades instrumentais de vida diária (índice de Lawton), observou-se que oitenta e seis por cento apresentaram independência em suas atividades. O presente estudo mostrou que a população estudada é na sua maioria mulheres, de baixa escolaridade, vivendo com companheiro, na maioria aposentada, com pouca atividade de lazer. Os idosos estudados apresentam independência funcional nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária. Tendo em vista o envelhecimento saudável, sugere-se que ações preventivas devam ser feitas, uma vez que prevenir é atuar antes mesmo que qualquer problema venha a ocorrer mesmo que em níveis mínimos. Desta forma, sugerem-se ações que visem manter ou mesmo melhorar as condições de saúde destes idosos, considerando seus aspectos físico-funcionais, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Idoso, Capacidade Funcional, Autonomia, Qualidade de vida.

COVOLAN, C.R.; RUIZ, T. **Description of the elderly population of a middle-sized city in the countryside of São Paulo according to its functional capacity.** Dissertação de mestrado. UNESP. Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008.

In a couple of decades, the patterns of population growth have been modified, posing challenges to the demands of public health. The increase in the life expectancy of the elderly has its consequence in the increase of the prevalence of chronic illnesses and the loss of functional capacity in this age group, considering that the latter is intimately related to the quality of life. Thus, this study aimed to draw a sample of the elderly in the city of Botucatu-SP, according to their functional capacity. The research presented a populational transverse epidemiologic study involving individuals 60 years old and over, in the city of Botucatu-SP. A home questionnaire with validated instruments was applied to 364 male and female elderly, with ages ranging from 71 to 77 and low educational background. The outcome showed that 45.6 % had just attended elementary school, 52.2% lived with spouse, and 80.5% didn't work. Of all individuals interviewed, 49.2% declared to be in good health, 19.2% declared to stick to some leisure activity, 69% evaluated themselves as having a good quality of life, and 94.2% declared to be independent in their daily living activities (Katz Index). In relation to the instrumental activities of daily living (Lawton Index), it was shown that 86% were independent in their activities. The present study showed that the population studied was, in its majority, composed of women of low educational background, living with spouse, retired, and with low leisure activity time. The elderly studied presented functional independence in their daily living activities and in their instrumental activities of daily living. In order to approach a healthy aging, it is suggested that preventive actions must be taken; once preventing is acting strongly even before any minimum problems may occur. This way, it is suggested that actions must be taken in order to keep, or even improve, the health conditions of these elderly, considering their physical functioning aspects, to provide them with a better quality of life.

Key Words: Elderly, Functional Capacity, Autonomy, Quality of Life.

Gráfico 1.	Escolaridade da população de idosos do município de Botucatu-SP, segundo gênero.....	36
Gráfico 2.	Situação de trabalho referida pela população de idosos do município de Botucatu-SP, segundo gênero.....	37
Gráfico 3.	Distribuição da população de idosos do município de Botucatu-SP quanto a possuir ou não atividades de lazer, segundo gênero.....	38
Gráfico 4.	Distribuição da população de idosos do município de Botucatu-SP segundo o índice de Katz e gênero.....	40
Gráfico 5.	Distribuição da população de idosos do município de Botucatu-SP, segundo o índice de Lawton e gênero.....	40

Tabela 1.	Distribuição da população residente na cidade de Botucatu-SP de sessenta anos ou mais de idade, por sexo (Botucatu, 2000).....	27
Quadro 1.	Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária de Katz.....	31
Quadro 2.	Índice de Katz de Atividades Básicas de Vida Diária – ABVD.....	31
Quadro 3.	Índice de Independência de Atividades de Vida Diária, modificado por Rubenstein.....	32
Tabela 2.	Distribuição da população de idosos do município de Botucatu-SP, segundo faixa etária e gênero, 2006.....	35
Tabela 3.	Distribuição da situação conjugal da população de idosos do município de Botucatu-SP, segundo gênero.....	36
Tabela 4.	Distribuição da auto-avaliação da saúde referida pela população de idosos do município de Botucatu-SP, segundo gênero.....	38
Tabela 5.	Distribuição da população de idosos do município de Botucatu-SP, segundo a medida de qualidade de vida, escala de Flanagan.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
AVD	Atividade de Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
QV	Qualidade de Vida
WHOQOL	World Health Organization Quality Of Life

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE TABELAS E QUADROS

LISTA DE ABREVIATURAS

1. Introdução.....	12
2. Objetivo.....	24
3. Metodologia.....	26
4. Resultados.....	34
5. Discussão.....	41
6. Conclusão.....	50
7. Referências bibliográficas.....	52
Anexos.....	62

1. INTRODUÇÃO

Há algumas décadas, os padrões de crescimento populacional têm-se mostrado elevados no que se referem à população idosa, com significativas mudanças em alguns indicadores de envelhecimento, tais como o aumento da idade média da população e da velocidade de envelhecimento (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987). Segundo Lebrão & Duarte (2003) este perfil é atribuído ao declínio da mortalidade experimentado após a década de 40.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1952, reformulou o conceito de saúde, como não somente a ausência de uma doença, mas também a presença de um bem-estar físico, mental e social. Estes fatos contribuíram para que um dos paradigmas da medicina fosse o de minimizar os danos causados pelas doenças e promover uma melhor condição de saúde (CICONELLI, 2003).

De acordo com Sanchez (2000), o aumento acentuado do número de idosos, particularmente nos países em desenvolvimento, trouxe conseqüências para a sociedade, necessitando, para o enfrentamento desse desafio, da identificação das causas determinantes das atuais condições de saúde e de vida dos idosos, e do conhecimento das múltiplas facetas que envolvem o processo do envelhecimento.

Segundo Assis (2002), para se alcançar um melhor nível de saúde não basta apenas estimular e/ou induzir os indivíduos a adotarem condutas saudáveis, sem considerar o contexto social, político, econômico e cultural no qual estão inseridos. O meio gera ou favorece o adoecimento, assim como facilita ou dificulta a prevenção, o controle e/ou cura das doenças.

Um dos grandes desafios às demandas de atenção à saúde é o envelhecimento populacional, com suas repercussões sociais. O atendimento ao idoso já se apresenta entre os principais problemas de Saúde Pública, não apenas nos países desenvolvidos, mas também naqueles em desenvolvimento, como o Brasil (VERAS, 1994; JACOB FILHO, 2000; BARRETO et al., 2003).

O último recenseamento brasileiro revelou que cerca de 14,5 milhões de pessoas têm idade acima de 60 anos, o que colocou o Brasil entre os países

com maior contingente de idosos do mundo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2000).

O sistema de saúde pública brasileiro vem sofrendo conseqüências diretas com o envelhecimento populacional (BRASIL, 1996; SILVESTRE e COSTA NETO, 2003; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 1998; LIMA-COSTA e VERAS, 2003). É sabido que, com o envelhecimento populacional, advêm mudanças significativas no quadro de morbimortalidade da população, ou seja, há uma redução da incidência e mortes por doenças infecto-contagiosas e um aumento da incidência e morte por doenças crônico-degenerativas típicas de idades mais avançadas (CARMO et al., 2003; PASCHOAL, SALLES e FRANCO, 2006; BRASIL, 2006).

Alguns autores (VERAS e COUTINHO, 1991; SILVA et al., 2005; PAPALÉO NETTO e PONTE, 1996) referem que o envelhecimento traz uma diminuição progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático e conseqüentemente uma diminuição da reserva funcional, o que favorece a manifestação de inúmeros sintomas. Esse desequilíbrio leva a redução das funções de diversos órgãos, predispondo a pessoa idosa aos riscos de morbidade se, paralelamente, ocorrerem modificações patológicas nesses órgãos.

O crescimento da população idosa leva inevitavelmente a um aumento dos recursos despendidos na área de saúde. Os gastos com cuidados na comunidade são igualmente muito superiores: ainda que a grande maioria dos idosos viva na comunidade, sua manutenção é onerosa. Torna-se, portanto necessária uma política de saúde cuidadosamente planejada de modo que os recursos disponíveis sejam usados com máxima eficiência (GRIMLEY-EVANS, 1986; VALLE, MARTINEZ e FILHO, 1996).

As modificações fisiológicas, inerentes ao envelhecimento, bem como as decorrentes de processos patológicos são responsáveis por inúmeras doenças apresentadas pela população idosa. Assim, alguns estudos mostram que uma das conseqüências das sociedades envelhecidas é a prevalência aumentada de doenças crônicas (RAMOS, 2003; CALDAS, 2003; PARAHYBA, VERAS e MELZER, 2005; MACIEL e GUERRA, 2005)

A sobrevivida é o desejo de muitos, porém, sabe-se que é marcada por incapacidades e dependência, sendo um desafio consegui-la com qualidade de vida (PASCHOAL, 2001). Algumas pessoas mostram declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precoces, enquanto outras vivem saudáveis até os 80 anos ou mais. Começa a ser aceito que qualquer declínio precoce provavelmente reflete uma patologia e não os efeitos da idade. Ou seja, a dependência não é um elemento que caracteriza apenas esta fase da vida (SOUSA, GALANTE e FIGUEIREDO, 2003).

Embora a grande maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crônica (RAMOS et al., 1993), nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam vida perfeitamente normal, com as suas enfermidades controladas e expressa satisfação na vida. Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com seqüelas decorrentes e incapacidades associadas. Assim, o conceito clássico de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostra-se inadequado para descrever o universo de saúde dos idosos, já que a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças (RAMOS, 2003).

Com o avanço da idade e as doenças crônico-degenerativas, faz-se necessário investigar a capacidade funcional dos idosos. O estudo da incapacidade funcional em idosos é fundamental para o entendimento de como as pessoas vivem sua vida com os ganhos do aumento da longevidade. Esse fenômeno tem ocorrido em muitas partes do mundo, mas naqueles países onde o processo de envelhecimento não é recente há mais conhecimento sobre os padrões de incapacidade funcional na população idosa (PARAHYBA; VERAS e MELZER, 2005; SANCHEZ 2000).

O principal problema que pode afetar o idoso, como conseqüência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária (CARVALHO; PEIXOTO e CAPELLA, 2007).

A capacidade funcional é a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Na saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade que é, por vezes, perdida com o envelhecimento (COSTA et al., 2006). A manutenção da capacidade funcional pode ter implicações importantes para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade de ocupar-se com o trabalho e/ou com atividades agradáveis até idades mais avançadas.

Com o processo de envelhecimento advêm mudanças estruturais, que também ocorrem em outras faixas etárias em menor ou maior grau de acometimento, como as alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Certo que, estas alterações dependem das características genéticas dos indivíduos e de seu estilo de vida (PEREIRA, 2006).

Na prática trabalha-se com o conceito de capacidade/incapacidade. A incapacidade funcional define-se pela presença de dificuldade no desempenho das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e das atividades básicas de vida diária ou de auto cuidado (ABVD) ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las (GRIMLEY-EVANS, 1984).

De acordo com Pavarini e Neri (2000), o agravamento das incapacidades ocasiona aumento da dependência física do indivíduo e esta, é definida como a incapacidade para funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de terceiros ou sem o apoio de equipamentos necessários para sua adaptação.

Estudos epidemiológicos mundiais contradizem o senso comum sobre a existência de uma relação necessária entre velhice e incapacidade, ao revelar que apenas 5,6% dos idosos com mais de 60 anos apresentam dificuldades em três ou mais ABVD. Essas mesmas pesquisas mostram que 13,6% apresentam moderado grau de incapacidade e que 80,7% apresentam leve ou nenhuma incapacidade (LEBRÃO e LAURENTI, 2005).

Resultados de pesquisa realizada no município de São Paulo por RAMOS et al. (1993), entre idosos com 60 anos ou mais, mostraram que 53% dos idosos referia necessidade de ajuda parcial ou total para realizar pelo menos uma das atividades de vida diária. Foi detectado também que 29% dos idosos necessitavam de ajuda parcial ou total para realizar até três atividades da vida diária, e 17% necessitavam de ajuda para realizar quatro ou mais atividades da vida diária.

O conceito de envelhecimento funcional é muito mais relevante do que o conceito de envelhecimento cronológico. Existem muitas dificuldades em operacionalizar tal conceito. Do ponto de vista de planejamento, a abordagem funcional é a mais importante e, conseqüentemente, uma área de crescente interesse para pesquisa (RAMOS, 2003). Em decorrência das precárias condições de vida nos países subdesenvolvidos, o envelhecimento funcional precede o cronológico.

Por si só, a idade avançada não é razão suficiente para o comprometimento da capacidade funcional, porém, o que ocorre é o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas com o passar da idade e, associada a estas doenças, aparecem as incapacidades físicas no idoso, resultando então no desenvolvimento da dependência e na perda da autonomia (DIOGO, 1997).

Idosos funcionalmente incapacitados preservam a capacidade de ativar mecanismos de compensação para enfrentar as perdas em funcionalidade, lançando mão de recursos tecnológicos, de apoios sociais e psicológicos. A perda de independência pelos idosos aciona mecanismos psicossociais que envolvem relações de apego e de solidariedade que se traduzem em cuidados instrumentais, emocionais e sociais. Tais mecanismos podem contribuir em maior ou menor grau para a manutenção da independência dos idosos (FLORIANO, 2005).

Para os idosos a presença de uma limitação física, seja ela causada por uma doença ou como resultado de uma cirurgia reparadora representa um risco para a sua autonomia, principalmente quando esta limitação gera a dependência na realização das atividades da vida diária. Entretanto algumas pessoas são

capazes de se auto-governarem apenas em algumas áreas da sua vida, necessitando da ajuda de outros para as demais áreas (DIOGO, 1997).

Sabe-se que a dependência funcional é aquela associada a déficits em capacidades funcionais, podendo ser avaliada por meio de vários instrumentos de medida (KATZ et al., 1963; FILLENBAUM e SMYER, 1981; LAWTON et al., 1982). Limitações na capacidade funcional e dificuldades para o desempenho de atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) não implicam impedimento para o funcionamento psicossocial. A diminuição da capacidade funcional decorrente do agravamento de doenças crônicas não impede o idoso de funcionar intelectual e socialmente, de solicitar e de oferecer ajuda a outros idosos e aos mais novos (JETTE e BRANCH, 1985).

Uma vez que a capacidade funcional é uma forma de independência e autonomia, entende-se como autonomia uma forma de liberdade pessoal baseada no respeito pelas pessoas, na qual os indivíduos têm o direito de determinar seu curso de vida enquanto este direito não infringir a autonomia dos outros (HOGSTEL e GAUL, 1991). Ainda neste estudo, salienta-se que, para ser autônomo, o indivíduo deve ser capaz de pensar racionalmente e se auto-gerenciar; caso contrário, sua capacidade para a tomada de decisões estará comprometida e, portanto, deverá ser realizada por outra pessoa. Contudo, não há um ponto claro tanto eticamente como legalmente sobre em que momento ou quais situações levam a perda da autonomia e, portanto, a tomada de decisão poderia ser assumida por outra pessoa.

A autonomia inclui ainda liberdade de escolha, de ação e autocontrole sobre a vida. Portanto podemos considerar que a autonomia está diretamente relacionada à capacidade do indivíduo em ser dependente ou independente na realização das atividades da vida diária.

A noção de autonomia, no que tange a interdependência desta com uma memória íntegra, reside na capacidade individual de cuidar de si mesmo, executar tarefas que lhe permitam a adaptação psicossocial, e ser responsável pelos próprios atos (GUIMARÃES et al., 2004).

Nestes termos podemos sustentar que a autonomia pode ser incluída no eixo dependência-independência. Quanto maior for o grau de independência

maior a probabilidade de autonomia, mas, em condições de dependência parcial, o sujeito ainda assim pode ter sua autonomia preservada dependendo dos arranjos sociais que ele for capaz de fazer. O paradoxo dependência-autonomia não deve ser considerado, a princípio, como contradição; e sim, como oposição não excludente. Arranjos sociais no contexto dos contratos sociais podem viabilizar aumento da qualidade de vida e conseqüente aumento da autonomia (DIOGO, 1997).

A manutenção da autonomia na velhice está intimamente ligada à qualidade de vida (LEIBING, 1997). Assim, uma forma de se verificar a qualidade de vida de um indivíduo é por meio do grau de autonomia com que ele desempenha as funções do dia-a-dia, tornando-o independente dentro de seu contexto socioeconômico-cultural (GRIMLEY-EVANS, 1984). Existem várias maneiras de se medir tais funções, dentre elas por meio do desempenho de atividades diárias (FILLENBAUM e SMYER, 1981), ou seja, a capacidade do indivíduo de cuidar de si próprio (higiene pessoal, preparo de refeições, capacidade de fazer suas próprias compras, manutenção básica da casa, e outras). Para tanto, as escalas funcionais e cognitivas nos fornecem tais dados (ABREU, FORLENZA e BARROS, 2005).

Há várias fontes de informação para a avaliação do desempenho dos idosos na realização das AVD, como a observação indireta (relato de cuidadores/familiares), a observação direta (feita por profissionais da área da saúde) e o auto-relato do idoso. A não-uniformidade na aplicação de um mesmo instrumento pode revelar diferentes concepções quanto à dependência e a competência desses idosos, promovendo relações de cuidado e tratamento inadequados. Nem sempre é possível aplicar um instrumento baseado no auto-relato do paciente, em virtude de déficits cognitivos que podem interferir nos resultados. Conseqüentemente, muitas vezes o profissional conduz as perguntas ao cuidador e essas respostas podem, supostamente, serem influenciadas por aspectos subjetivos e, eventualmente, pelos padrões de dependência ao cuidado (RICCI, KUBOTA e CORDEIRO, 2005).

Na verdade, o que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos capaz de gerir sua própria vida e determinar

quando, onde e como se darão suas as atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível), certamente será considerada uma pessoa saudável. Pouco importa saber que essa mesma pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca e que toma remédio para depressão, o que infelizmente é uma combinação bastante freqüente nessa idade. O importante é que, como resultante de um tratamento bem-sucedido, ela mantém sua autonomia, é feliz, integrada socialmente e, para todos os efeitos, uma pessoa idosa saudável (RAMOS, 2003).

Parece, portanto, bastante relevante planejar programas específicos de intervenção para a eliminação de certos fatores de risco relacionados à incapacidade funcional. Fatores socioeconômicos e demográficos são pouco sujeito às intervenções de prevenção que incluam a ação direta dos profissionais em saúde. Entretanto os programas e serviços podem incluir alguns fatores relacionados à saúde, dando ênfase aos problemas de visão, controle da hipertensão e saúde mental, passíveis de intervenção preventiva. Igualmente, o estabelecimento de ações de ordem preventiva é possibilitado pelo manejo dos fatores relativos a atividades sociais, em programas sociais, que podem facilitar e promover a formação de grupos de idosos, estimulando uma vida associativa e saudável com a realização de atividades recreativas, físicas e culturais (ROSA et al., 2003).

Desta forma, avaliar a capacidade funcional e a autonomia dos idosos é essencial para se verificar a sua qualidade de vida (ROSA et al., 2003; GUIMARÃES et al., 2004; LIMA-COSTA et al., 2003). Sabe-se que a avaliação da qualidade de vida é baseada na percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde, a qual também é influenciada pelo contexto cultural no qual este indivíduo está inserido. A avaliação da saúde engloba aspectos gerais da vida e do bem-estar do indivíduo, portanto, as experiências subjetivas contribuem de forma importante como um parâmetro de avaliação e julgamento dos próprios indivíduos (BOWLING 1995; NAHAS, BARROS e FRANCALACCI, 2000).

Para Sousa, Galante e Figueiredo (2003), os modelos de qualidade de vida vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social, a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. A

noção de qualidade de vida também passa pela mesma alteração, engloba os recursos e o direito de gozar a vida.

Neste mesmo conceito global de qualidade de vida, alguns autores (MINAYO; HARTZ e BUSS, 2000), referem que qualidade de vida é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos. No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida existe desde o nascimento da medicina social, sendo o termo empregado nos Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial e, posteriormente trabalhou-se o conceito no decorrer dos anos, atribuindo-se vários significados (MEEBERG, 1993).

As definições de Qualidade de Vida (QV) mais amplamente divulgadas são aquelas apresentadas pelo grupo de estudos sobre QV da Organização Mundial da Saúde (OMS) que define qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (THE WHOQOL GROUP, 1994), variando de acordo com a visão de cada indivíduo (SANTOS et al., 2002; PASCHOAL, 2005). Ainda segundo os autores, a QV pode se basear em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação; podendo estar relacionada com os seguintes componentes: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e auto-proteção de saúde.

Também tem-se utilizado a expressão QV na linguagem popular, nos meios de comunicação, nas campanhas publicitárias e políticas e com grande frequência somente os aspectos objetivos são considerados, isto é, são descritos os fatores ambientais e sociais, tais como a qualidade do ar, nível socioeconômico e educacional ligados as condições de vida externa (FLANAGAN, 1982).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000) quando se emprega somente indicadores econômicos ou sociodemográficos, a apreensão da realidade, do bem-estar ou da qualidade de vida de um grupo estudado pode estar limitada.

Portanto, além de conhecer os indicadores sociodemográficos é necessário conhecer a percepção, o pensamento e as avaliações subjetivas que os indivíduos têm de si mesmo e de vários componentes materiais reconhecidos como base social da qualidade de vida.

Desta forma, em um estudo realizado com idosos na cidade de Botucatu, avaliou-se a opinião dos idosos em relação à qualidade de vida e constatou-se que, segundo as respostas dadas a esta pergunta, havia três grupos de idosos no município. Para um grupo, a qualidade de vida era determinada, principalmente, por questões relacionadas com o afetivo e a família; para um segundo grupo, o prazer e o conforto eram determinantes, e, para o último, conseguir colocar em prática seu ideário de viver era fundamental (DALLA VECCHIA et al., 2005). Interessante ressaltar que comunicação posterior do mesmo grupo ressaltava que agrupando novamente as respostas dos idosos provenientes da parte objetiva do instrumento e que estudava estilo de vida, observou-se que os idosos viviam a vida com coerência e segundo o que haviam definido como “o que é ter qualidade de vida”.

Atualmente, existem duas formas de mensurar QV, por meio de instrumentos genéricos ou específicos (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000; DANTAS, SAWADA e MALERBO, 2003).

Os genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo, tanto podem ser utilizados para estudar indivíduos da população geral ou grupos específicos. São geralmente questionários de base populacional que normalmente não especificam patologias específicas, sendo mais apropriados a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde (DANTAS, SAWADA e MALERBO, 2003).

A Escala de Qualidade de Vida de Flanagan tem sido utilizada em estudos sobre qualidade de vida de adultos sadios e com doenças crônicas (BURCKHARDT e ANDERSON, 2003).

A qualidade de vida está associada à forma pela qual conduzimos o nosso envelhecimento e, um envelhecimento saudável é uma questão de constante preocupação na sociedade atual, pois, ainda não se sabe como dar

suporte a esta crescente população. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos do que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (SILVESTRE et al., 1996; RAMOS, 2003).

Assim, a Promoção à Saúde é considerada um instrumento para a autonomia e para o desenvolvimento contínuo do nível de saúde e das condições de vida identificando e atuando sobre os determinantes que influenciam os processos de saúde/doença. Essa compreensão implica na transformação dos processos individuais e coletivos de tomada de decisão e desenvolvimento da autonomia. Desta forma, tem-se que as ações de promoção são resultantes de um complexo processo que envolve o fortalecimento das capacidades individuais e coletivas atuando sobre múltiplas dimensões: por um lado, intervenções de âmbito global do Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos (SANTOS et al., 2006).

Desta forma, o envelhecimento saudável é tarefa complexa, que inclui a conquista de uma boa qualidade de vida e o amplo acesso a serviços que favoreçam lidar com as questões do envelhecimento da melhor maneira possível. Daí a importância de se ampliar a consciência sobre o envelhecimento e os recursos para manutenção da saúde neste processo, fortalecendo a população em suas lutas por cidadania e justiça social.

2. OBJETIVO

Descrever uma amostra da população de idosos do município de Botucatu-SP, segundo a qualidade de vida e a capacidade funcional.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo epidemiológico transversal, populacional, realizado com idosos de sessenta anos ou mais no município de Botucatu, Estado de São Paulo.

3.1. Campo de pesquisa

Botucatu, localizada no interior do Estado de São Paulo é considerado um município de médio porte. Possui população de 120.800 habitantes (IBGE, 2000), sendo a parcela de sessenta anos ou mais de 10,1%, ou seja, 12.141 indivíduos, conforme tabela abaixo (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da população residente de 60 anos ou mais de idade, por sexo Botucatu, 2000.

Grupos de Idade	População Estimada	Masculino	Feminino
60 a 64	3.425	1.532	1.893
65 a 69	3.017	1.367	1.650
70 a 74	2.421	1.044	1.377
75 a 79	3.278	1.264	2.014
Total Absoluto	12.141	5.207	6.934
População Total	108.306		

Fonte: IBGE, 2000.

3.2. Sujeitos da pesquisa

Esta pesquisa faz parte de um estudo epidemiológico de coorte onde se tem como proposta o seguimento da população idosa do município de Botucatu-SP. Desta forma, entre os anos de 2002-2003, realizou-se no município um inquérito com idosos, cuja seleção foi feita por amostragem proporcional e aleatória. A amostra de 9.000 famílias (correspondentes a 26% das residências do Município, considerando-se 1% de ajuste) foi selecionada do cadastro

atualizado do Censo 2000 dos domicílios do município. Por meio da tabela de números aleatórios alocaram-se os primeiros domicílios de amostra e os seguintes foram identificados tomando-se 1 a cada 4, contemplando-se o mapa da cidade. Destas famílias da amostra foram sorteados moradores com idade igual ou superior a 60 anos. O tamanho da população-alvo considerada para cálculo baseou-se em um erro amostral de 5%, relativo a um intervalo de confiança de 95% (α bilateral de 0,025), com uma prevalência da característica de interesse de 0,5%. Registrou-se, na ocasião, perda de 5% da amostra, pois cinco casas encontravam-se fechadas em mais de três visitas, 11 idosos haviam morrido no ano de estudo e três não residiam no domicílio. Obteve-se, finalmente, uma amostra de 364 entrevistados. Utilizou-se um instrumento de coleta de dados – questionário – semi-estruturado e pré-testado, para obtenção das informações referentes ao grau de satisfação com a saúde entre os idosos. As questões contemplaram dados sociodemográficos, qualidade e estilo de vida, atividade física, estado emocional e morbidade referida.

A metodologia e o procedimento para este estudo foram avaliados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP e aprovado dia 11/11/2002, sob o título “Qualidade de Vida em Idosos” (Anexo 1). Na seqüência foram apresentados aos idosos selecionados e, para aqueles que concordaram em participar do estudo, os objetivos da pesquisa, sendo feita a leitura e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), redigido conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), para os idosos.

Assim, o estudo foi composto por 364 idosos, de ambos os sexos, da cidade de Botucatu, interior de São Paulo, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Idade mínima de 60 anos, atendendo aos critérios da Política Nacional do Idoso, que considera idoso indivíduos de 60 anos e mais (FERNANDES, 2002)
- Que concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), segundo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996)

3.3. Instrumento Aplicado no Inquérito de 2006

Durante os anos 2006/2007 foi realizada uma avaliação multifuncional (Anexo 3) destes idosos, dando seguimento à coleta de dados na mesma amostra anteriormente avaliada em 2002, com reposição das perdas (mortes e recusas) através de sorteio dos idosos do mesmo cadastro. Ao lado dos novos instrumentos, para avaliação multifuncional, aplicaram-se novamente o Flanagan e outras questões de morbidade referida.

O questionário de retorno ao campo foi denominado: “Instrumento de Avaliação de Incapacidade Funcional, das Morbidades mais Prevalentes e da Mortalidade decorrente em Idosos do Município de Botucatu”. Neste instrumento estavam presentes, entre outros, a avaliação funcional pela escala de Katz (KATZ, DOWNS et al., 1970) e a avaliação da atividade instrumental de vida diária pela escala de Lawton (LAWTON e BRODY, 1969).

Os instrumentos foram aplicados diretamente com os idosos e, se alguma pergunta não fosse entendida, ela era repetida mais lentamente, porém sem demais explicações. Caso o indivíduo não entendesse ou não soubesse responder, tentava-se novamente, por até três vezes.

Foram utilizadas questões referentes a dados sociodemográficos com a finalidade de caracterizar os idosos quanto à idade, sexo, estado civil, arranjo familiar, escolaridade, ocupação e renda familiar.

Flanagan propôs uma escala para avaliar tal conceito, sendo esta escala amplamente utilizada nos Estados Unidos pela validade e confiabilidade de seus achados, que contemplam o grau de satisfação individual ou percebido com relação a cinco dimensões da vida (GONÇALVES, DIAS e LIZ, 1999).

As cinco dimensões avaliadas pela escala de Flanagan são: bem-estar físico e material, relações com outras pessoas, atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento pessoal e realização, e recreação. Essas dimensões são mensuradas através de quinze itens onde o respondente tem sete opções de resposta, que vai de “muito insatisfeito” (escore 1) até “muito satisfeito” (escore 7). A pontuação máxima alcançada na avaliação da qualidade de vida proposta por

Flanagan (FLANAGAN, 1982) é de 105 pontos e a mínima de 15 pontos, que reflete baixa qualidade de vida.



As atividades cotidianas são conhecidas como Atividades de Vida Diária (AVD) e são divididas em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

A escala de Atividades Básicas de Vida Diária – ABVD (KATZ et al., 1970) avalia funções básicas da vida diária, a qual inclui atividades de autocuidado, como por exemplo, alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se, manter controle sobre suas eliminações.

É formada por seis domínios, nos quais as respostas são “sim” ou “não”, e recebem, respectivamente, pontuação um ou zero. O escore final será decorrente da soma de respostas “sim”, atribuindo-se um ponto por questão. A pontuação pode variar de zero a seis e assim, avalia e estratifica o desempenho nas funções básicas no avaliado (DUARTE, ANDRADE e LEBRÃO, 2007).

Esta escala pode ser utilizada no acompanhamento para documentar a melhora, ou a piora, funcional ao longo de um determinado período de tempo.

O total de seis pontos é considerado indicativo de independência e dois pontos ou menos é indicativo de dependência para as funções que são avaliadas.

São muitos os instrumentos utilizados para avaliação funcional em gerontologia. O Index de Independência nas Atividades de Vida Diária desenvolvido por Sidney Katz (Escala da Katz) é, ainda hoje, um dos instrumentos mais utilizados nos estudos gerontológicos nacionais e internacionais, embora tenha sido publicado pela primeira vez em 1963 (KATZ et al. 1963). Segundo Duarte, Andrade e Lebrão (2007), a escala é utilizada de diferentes formas, em especial no que se refere à classificação da dependência/independência e das atividades envolvidas, o que dificulta a uniformização de conceitos e a comparabilidade dos estudos (Quadro 1; Quadro 2).

Quadro 1. Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária de Katz.

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F

Fonte: Katz, 1963.

Quadro 2. Índice de Katz de Atividades Básicas de Vida Diária – ABVD.

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 Ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 Ponto) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada.	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho.
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para arrumar os sapatos.	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido.
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirige-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda.	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre.

Quadro 2. Índice de Katz de Atividades Básicas de Vida Diária – ABVD.

(continua)			
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis.	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou da cadeira.	
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre as eliminações (urinar e evacuar).	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga.	
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa.	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral.	
6 = Independente	4 = Dependência Moderada	2 ou menos = Muito Dependente	PONTUAÇÃO TOTAL: ____

Fonte: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 1998.

A independência significa que a função é realizada sem supervisão, direção ou ajuda, sendo essa avaliação baseada na situação real e não na capacidade do sujeito. Quando um indivíduo se nega a cumprir uma função, considera-se que não a realiza, embora possa ter capacidade para fazê-la. Os graus considerados para a independência ou dependência funcional são progressivos, desde a independência total para todas as funções - grau 6 - até a dependência total para realizar as seis funções avaliadas - grau 1 (ARAÚJO e CEOLIM, 2007). Desta forma, a classificação de 0 a 6 reflete o número de áreas de dependência funcional do indivíduo.

Rubenstein et al. (1984), re-classificou o *Index* em três categorias, mais independente (Katz A e B), intermediário (Katz C, D e E) e mais dependente (Katz F e G). A categoria “outros” também foi excluída.

Quadro 3. Índice de Independência de Atividades de Vida Diária, modificado por Rubenstein

Classificação Funcional	Index de AVDs (Katz)
Mais Funcional	Katz A, B
Funcionalidade Intermediária	Katz C, D, E
Menos Funcional	Katz F, G

Fonte: Rubenstein et al. (1984)

A escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (ILB – Índice de Lawton-Brody) relaciona-se com a participação efetiva do idoso na comunidade, onde a presença de dificuldades implica mais em uma redistribuição de tarefas entre os membros familiares (como alguém para ir fazer compras ou auxiliar nas tarefas domésticas) e menos em cuidado direto. Inclui oito categorias: preparar refeições, realizar compras, utilizar meio de transporte, fazer limpeza da casa, lavar roupas, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar medicações (LAWTON e BRODY, 1969).

Para a avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) utilizamos escala de Lawton, onde a pontuação de máxima independência é 24 pontos e a de máxima dependência 8 pontos. Vale ressaltar que, muitas vezes, o paciente é capaz de executar as atividades, mas não as executa por opção, fatores ambientais ou até por questões relacionadas aos papéis assumidos durante a vida, como é o caso de indivíduos do sexo masculino com as tarefas domésticas. Alguns autores já sugeriram que a escala fosse reduzida a cinco itens, eliminando-se "lavar a roupa", "tarefas domésticas" e "preparar comida", quando aplicada para o sexo masculino (LAWTON et al., 1982; COSTA e MONEGO, 2003).

Análises de dados

Os dados foram analisados no *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) for Windows, versão 12.0 (MATHER e AUSTIN, 1983), que permite manusear vários tipos de análise de dados de maneira simples e conveniente, oferecendo grande número de rotinas estatísticas, das quais utilizamos a estatística descritiva. Foram realizadas análises estatísticas descritivas das variáveis estudadas.

4. RESULTADOS

Observaram-se nos dados coletados que, segundo a distribuição dos idosos por gênero, dos 364 idosos analisados, 215 (59,1%) eram do sexo feminino.

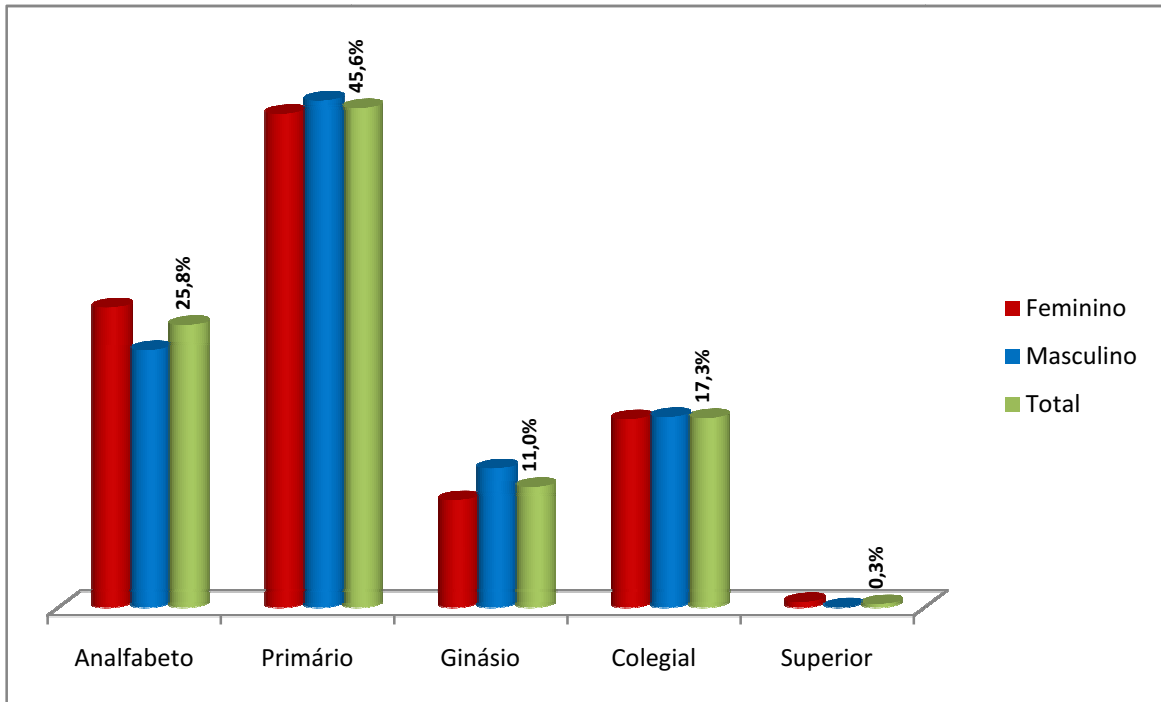
Em relação à idade dos idosos estudados, a idade média deles foi de $71,0 \pm 7,7$ anos, sendo $71,6 \pm 8,1$ anos para o sexo feminino e $70,2 \pm 7,1$ anos para o sexo masculino. Nota-se que a faixa etária com maior número de idosos (24,7%) é a de 60-64 anos. A tabela 2 mostra uma melhor visualização da distribuição dos idosos por gênero e faixa etária.

Tabela 2. Distribuição da população de idosos do município de Botucatu-SP, segundo faixa etária e gênero, 2006.

	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
60-64 anos	50	55,6	40	44,4	90	24,7
65-69 anos	55	62,5	33	37,5	88	24,2
70-74 anos	44	53,7	38	46,3	82	22,5
75-79 anos	23	50,0	23	50,0	46	12,6
80 anos e mais	43	74,1	15	25,9	58	15,9
Total	215	59,1	149	40,9	364	100

A escolaridade dos idosos (Gráfico 1) foi distribuída da seguinte forma: analfabetos representando 25,8% dos idosos (16,2% feminino e 9,6% masculino); 45,6% possuindo “primário” (26,6% mulheres e 19,0% homens); “ginásio” com percentual de 11% (5,8% mulheres e 5,2% homens); “colegial” com 17,3% (10,2% mulheres e 7,1% homens) e, “superior” representado por 3% (100% mulher), ou seja, a população estudada, para os padrões de hoje, é de baixa escolaridade (71,4%).

Gráfico 1. Escolaridade da população de idosos do município de Botucatu-SP, segundo gênero.



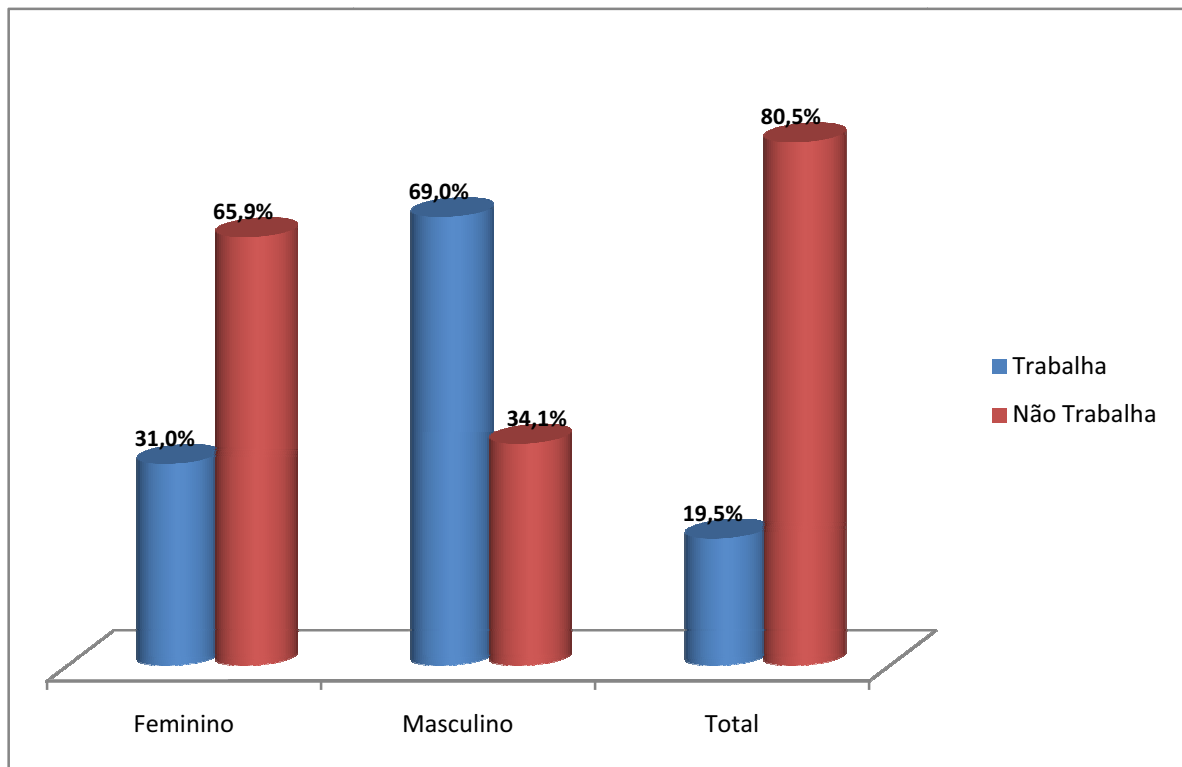
Em relação à situação conjugal (Tabela 3) observou-se que 52,2% dos idosos, relataram ter um companheiro. Destes, 74,5% eram homens e 36,7% mulheres; entre as mulheres, há um percentual relativamente maior (41,9%) na situação “estar sem companheiro” se comparada com a dos homens (22,8%), ou seja, observa-se que os homens têm um companheiro com mais freqüência do que as mulheres.

Tabela 3. Distribuição da situação conjugal da população de idosos do município de Botucatu-SP, segundo gênero.

	Com companheiro	Sem companheiro	Não Respondeu
Feminino	36,7%	41,9%	21,4%
Masculino	74,5%	22,8%	2,7%
TOTAL	52,2%	34,1%	13,7%

A situação trabalhista dos idosos no estudo deu-se da seguinte maneira: se o idoso ainda possuía atividade de trabalho remunerado ou se já era aposentado. Desta forma, ao observarmos o gráfico 2 notamos que, independente do gênero, 80,5% dos idosos estão aposentados, não exercendo atividade remunerada. Nota-se também que 19,5% dos idosos possuíam atividade remunerada, sendo que 69% destes eram do sexo masculino. Ou seja, os homens, mesmo depois de estar em condições de se aposentar, permanecem trabalhando.

Gráfico 2. Situação de trabalho referida pela população de idosos do município de Botucatu-SP, segundo gênero.



Quando questionados sobre apresentar boa saúde ou não, 49,2% referiram apresentar boa saúde, sendo 28,3% mulheres e 20,9% homens; 31,3% (sendo 19,2% mulheres e 12,1% homens) referiram não apresentar boa saúde e, 19,5% não responderam a esta questão. Assim, nota-se que a população estudada, na maioria, referiu possuir “boa” saúde (Tabela 4).

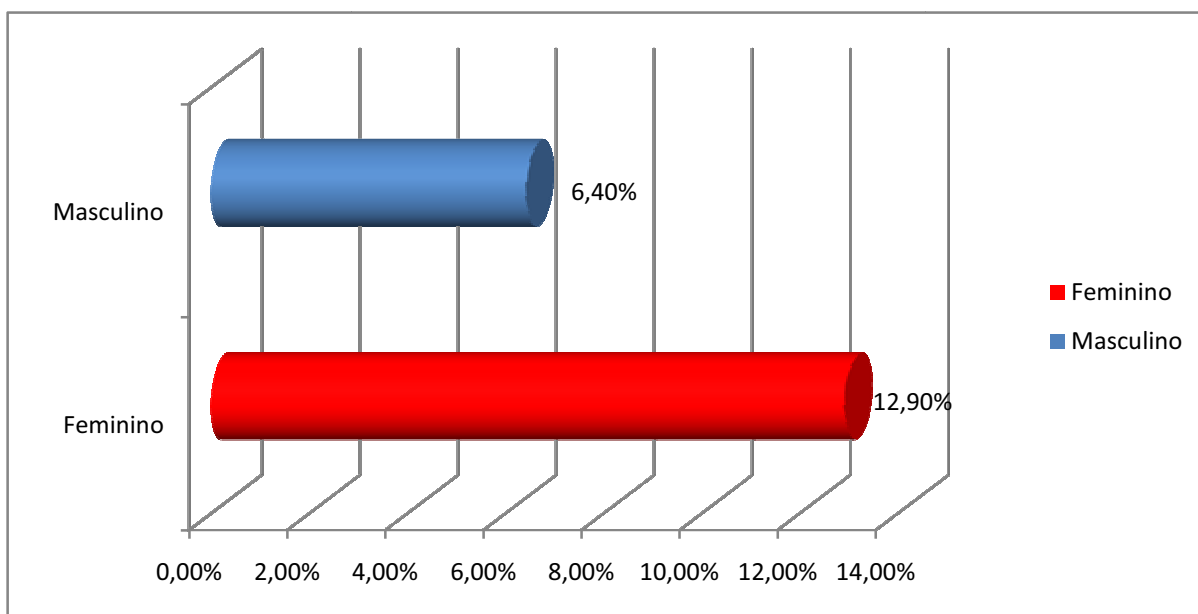
Tabela 4. Distribuição da auto-avaliação da saúde referida pela população de idosos do município de Botucatu-SP, segundo gênero.



	Refere possuir boa saúde						Total	
	Sim		Não		Não respondeu		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Feminino	103	28,3%	70	19,2%	42	11,5%	215	59,1%
Masculino	76	20,9%	44	12,1%	29	8%	149	40,9%
Total	179	49,2%	114	31,3%	71	19,5%	364	100%

Quando perguntados sobre a atividade de lazer (Gráfico 3), ou seja, se possuíam alguma forma de lazer, obteve-se que apenas 19,2% (12,9% mulheres e 6,4% homens) referiram possuir alguma atividade de lazer.

Gráfico 3. Distribuição da população de idosos do município de Botucatu-SP quanto a possuir ou não atividades de lazer, segundo gênero.



Para a avaliação da qualidade de vida (Tabela 5) utilizou-se a escala de Flanagan, já descrita anteriormente. Quando analisada a qualidade de vida dos idosos, obteve-se que 37,7% das mulheres consideram-se “satisfeitas” e 35,6% dos homens consideraram-se “bastante satisfeitos”. Os valores expressos são as médias dos escores de cada domínio, segundo gênero.

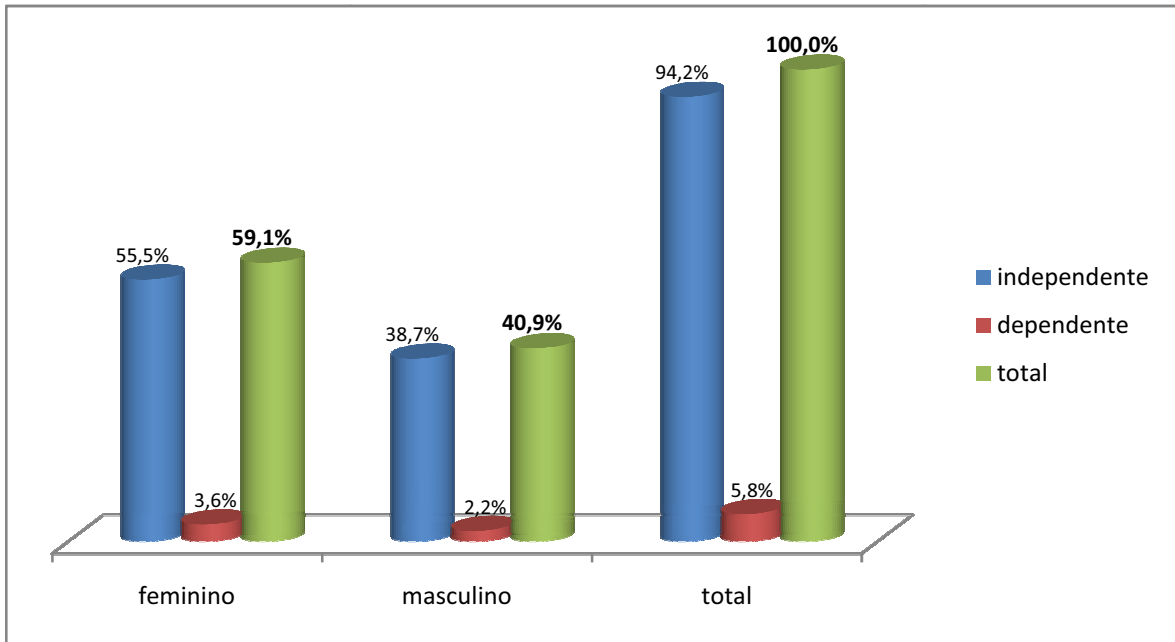


Tabela 5. Distribuição da população de idosos do município de Botucatu-SP, segundo a medida de qualidade de vida, escala de Flanagan.

	Feminino	Masculino
Extremamente Insatisfeito	0,0%	0,7%
Bastante Insatisfeito	0,9%	1,3%
Insatisfeito	1,4%	1,3%
Nem insatisfeito, Nem satisfeito	14,9%	16,1%
Satisfeito	37,7%	30,9%
Bastante Satisfeito	33,0%	35,6%
Extremamente satisfeito	12,1%	14,1%
	100%	100%

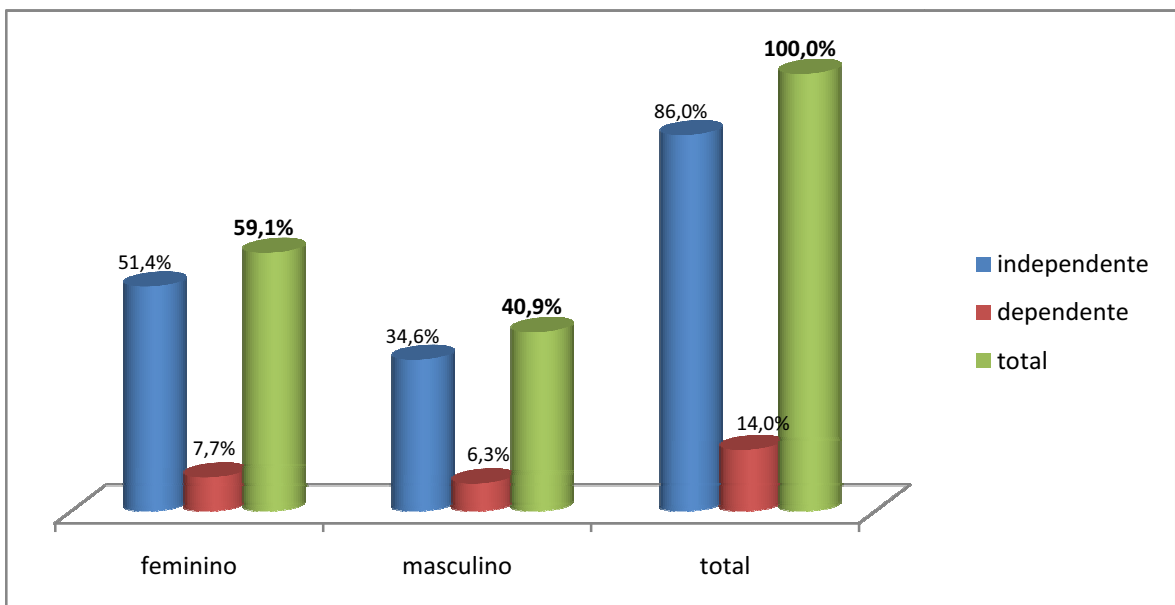
O Gráfico 4 mostra a distribuição dos idosos segundo o índice de Katz (ABVD) e gênero e, nota-se que 94,2% dos idosos apresentam independência em suas atividades de vida diária, sendo que 55,5% são do sexo feminino.

Gráfico 4. Distribuição da população de idosos do município de Botucatu-SP segundo o índice de Katz e gênero.



Em relação às atividades instrumentais de vida diária (AIVD), podemos observar que 86,0% apresentam independência em suas AIVD, sendo 51,4% mulheres.

Gráfico 5. Distribuição da população de idosos do município de Botucatu-SP, segundo o índice de Lawton e gênero.



5. DISCUSSÃO

Somente na década de 90 o envelhecimento associado a patologias deixou de ser visto como um todo, tanto por parte da ciência como da cultura. Fatos epidemiológicos recentes, como o crescimento do número de idosos saudáveis, estão forçando uma mudança de pressupostos teóricos da velhice como sinônimo de doença (NERI, 1993).

Assim, de acordo com os resultados obtidos com os idosos de Botucatu (SP), houve um predomínio do sexo feminino (59,1%). A predominância de mulheres na amostra corrobora com dados nacionais do IBGE (2000) e de outros pesquisadores (CAMARANO, 2003; RUIZ et al., 2003; MASTROENI et al., 2007; JÓIA et al., 2007) acerca de idosos, bem como trabalhos que descrevem maior taxa de mortalidade dos homens e expectativa de vida das mulheres (LEBRÃO, 2003).

Em 1991, as mulheres correspondiam a 54% da população de idosos, passando para 55,1% em 2000 (IBGE, 2000). Esta diferença é explicada pelos diferenciais de expectativa de vida entre os sexos, fenômeno mundial, mas que é bastante intenso no Brasil, haja vista que, em média, as mulheres vivem oito anos mais que os homens. Desta forma, observa-se que a razão de sexo da população idosa é bastante diferenciada, sendo bem maior o número de mulheres (DOIMO; DERNTL e LAGO, 2008; BARBOT-COLDEVIN, 2000).

Segundo VERAS (1994), a feminização da população idosa se explica pelos fatos das causas violentas de óbito atingirem com maior frequência o homem, pelo aumento da tecnologia que permitiu a redução das complicações da gravidez, do parto e do puerpério, contribuindo assim para a diminuição das mortes entre as mulheres.

Em relação à idade dos idosos estudados, obtivemos idade média de 71,0 anos de idade e ainda, a faixa etária com maior número de idosos foi a de 60-64 anos (24,7%), estando de acordo com outros estudos efetuados em nosso país (ROSA et al., 2003; LEBRÃO e DUARTE, 2003; MACIEL e GUERRA, 2005; ARAÚJO e CEOLIM, 2007).

Floriano (2005) em seu trabalho com idosos assistidos por uma equipe de saúde da família observou que a população estudada por ele era composta por 57,3% de mulheres e que 90,2% dos indivíduos estavam na faixa etária de 60 a 79 anos. Também Paskulin e Vianna (2007), que estudaram o perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre, obtiveram que entre os idosos, 67,8% eram do sexo feminino, 84% encontravam-se na faixa de 60 a 79 anos, indo de encontro com o nosso estudo.

Alguns estudos, porém, observam que em um intervalo de 25 anos – 1980 a 2005, o crescimento total da população foi de 55,3%; o referente a idosos superou 126,3%. Destaca-se, nesses números, a faixa de idade com mais de 80 anos, que apresentou um crescimento de 246,0%, refletindo a ocorrência do que se denomina transição demográfica acelerada (INOUYE et al., 2008; IBGE, 2000). Fato este, não observado em nosso estudo onde a maioria estava na faixa etária mais baixa.

No que se refere à escolaridade, vale observar que, em nosso estudo, 71,4% possuíam baixa escolaridade, ou seja, com até quatro anos de estudo. Alguns estudos (FELICIANO et al., 2004; INOUYE et al., 2008) referem que os homens tinham maior nível de instrução quando comparados com as mulheres, ou seja, 30,1% possuíam de cinco a onze anos de estudos. Isto reflete a organização social do começo do século que não facilitava o acesso à escola aos mais pobres e às mulheres. Os valores da época não valorizavam a educação escolar para as mulheres, que muitas vezes eram criadas para serem boas esposas, mães e donas-de-casa.

Paskulin e Vianna (2007) em seus estudos observaram que 72,4% possuíam apenas o primário completo. Os homens possuíam maior escolaridade em relação às mulheres. Houve maior proporção de homens que mulheres, principalmente na categoria ensino médio e superior. Em nosso estudo, o nível superior foi reservado às mulheres.

Desta forma, compreende-se melhor as muitas iniciativas públicas e ações não-governamentais se voltarem à alfabetização e educação continuada de adultos e idosos, experiências que ilustram este tipo de iniciativa são os programas denominados Universidade Aberta a Terceira Idade, Movimento de

Alfabetização de Adultos e Educação de Jovens e Adultos, dentre outros (DEBERT, 1997).

Outro dado observado em nosso estudo é relacionado à situação conjugal, onde, 52,2% dos idosos relataram ter um companheiro. Indo de encontro com os estudos de Coelho Filho e Ramos (1999) que relatam que mais da metade dos idosos (51,9%) estudados por eles viviam com cônjuge.

Diferentemente dos estudos de Paskulin e Vianna (2007), onde se observou que a proporção de idosas sem companheiro foi elevada. Referem que, além de elas viverem mais, há também as questões culturais, em que um novo casamento é mais comum entre os homens. Entretanto, esses padrões parecem estar se modificando, pois, em comparação com os censos anteriores, a proporção de idosos casados cresceu, principalmente entre as mulheres (CAMARANO, KANSO e MELO, 2004).

Também Queroz e Neri (2005), em seu trabalho com 120 idosos, obtiveram que dentre a amostra estudada, 68% dos casados eram homens e 41,5% eram mulheres; dentre os solteiros, viúvos, separados e divorciados, 88% dos homens e 53% das mulheres viviam com um companheiro.

As pessoas solteiras ou viúvas apresentam uma atitude mais negativa frente à velhice do que as casadas e descasadas. Além disso, sabe-se que o contingente de viúvas, no Brasil e no mundo, é muito elevado, em contraste com o elevado percentual de homens casados. Enquanto os viúvos casam-se novamente, mais da metade das mulheres permanecem viúvas (DOIMO; DERNTL, LAGO, 2008).

Assim, possivelmente reflita-se a evidência empírica de que os idosos casados têm melhor qualidade de vida do que os que vivem sozinhos, principalmente se são homens. Dados de pesquisas confirmam que ser mulher, sozinha e idosa aumenta as chances de incapacidade e doenças, ao passo que ser casado é preditivo de melhor velhice (RESENDE e NERI, 2005). Ou seja, as pessoas casadas proporcionam mais cuidado do que as viúvas e solteiras, o que não necessariamente significa que recebam mais suporte social ou afetivo que os não casados. Nota-se, porém, que talvez pessoas casadas, tenham mais competência para dar apoio e cuidar outro que os não casados.

Paskulin e Vianna (2007), em seus estudos referem que a maioria das idosas brasileiras não teve trabalho remunerado em sua vida adulta, o que vem ao encontro dos achados da presente investigação onde se observou maior proporção de idosas sem atividade remunerada (80,5%), o que colabora para a maior dependência econômica das idosas (CALDAS, 2003). Dados também de acordo com o referido por DOIMO; DERNTL e LAGO (2008) onde descreve que atualmente há um empobrecimento de domicílios de chefia feminina, decorrente de viuvez, separações, maternidade sem casamento, não participação dos pais no sustento da casa. O Brasil passa por rápidas mudanças conjunturais que já se fazem notar em situações novas de apoio mútuo entre gerações: enquanto filhos desempregados cuidam de suas mães e avós, estas os sustentam com uma precária, mas infalível pensão ou aposentadoria mensal.

Na descrição do perfil de uma amostra de octagenários, Inouye et al. (2008), descrevem que 48% dos idosos octagenários estudados, já trabalhou, mas no momento da entrevista, não trabalhava mais, 12% nunca trabalhou fora e 40% continuavam a ajudar em alguma tarefa doméstica. Dados estes que vão ao encontro de nosso estudo, mesmo nossa população apresentando-se na faixa etária mais jovem.

É importante destacar que há idosos que permanecem desenvolvendo alguma atividade, mesmo após a aposentadoria, como forma de complementar o orçamento doméstico, sendo o baixo poder aquisitivo da população idosa no Brasil um fato marcante. Desta forma, as aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de rendimentos dos idosos, e, como consequência do baixo valor dos benefícios, um terço dos brasileiros com 60 anos ou mais se mantinha em atividades produtivas em 1995. O retorno dos idosos ao mercado de trabalho ou a sua permanência se dá, sobretudo no mercado informal, em atividades mal remuneradas e jornadas de trabalho extensas (SANTOS et al., 2002).

Quando perguntado ao idoso se apresentava boa saúde ou não, notou-se que a maioria (49,2%) referiu possuir “boa” saúde. As investigações realizadas por Paskulin e Vianna (2007) confirmaram os achados do presente estudo, uma vez que descrevem que a maioria dos idosos referiu boa saúde, 81% consideravam-se saudável. Uma grande proporção relatou ser portador de doenças crônicas ou fazer uso de medicação sistemática, o que reforça a idéia de

que a percepção de ser doente está mais relacionada às incapacidades do que a ser portador de danos crônicos. Vale ressaltar que a manutenção da capacidade funcional do idoso é fundamental para a preservação de sua saúde.

A percepção da saúde está relacionada ao estilo de vida de cada indivíduo e as suas condições de saúde. Rocha e Freire (2007) em seu estudo com idosas que participam de um centro de convivência para a Terceira Idade no município de Jequié-BA tinham como propósito verificar a relação entre o nível de atividade física e a autopercepção da saúde. Estas idosas apresentavam um nível de atividade física recomendável, de acordo com os critérios da OMS. Porém, de acordo com os dados obtidos, referem que não há diferença entre as idosas e seus níveis de atividade física quanto à percepção da saúde. Ressalta-se ainda que a percepção negativa da saúde apresentou-se associada às doenças crônicas.

Virtuoso Junior e Guerra (2008) descrevem que 34,6% dos idosos pesquisados por eles possuíam uma percepção otimista da condição de saúde, ressaltando que a saúde percebida tem merecido considerável atenção como um indicador do declínio da condição funcional. É uma variável simples de ser obtida, com o potencial de sintetizar uma completa interação de fatores envolvidos na saúde do idoso. Considerando que a saúde percebida reflete com relativa precisão o estado geral de saúde, Collins et al. (2004) em seus estudos indicam uma relação positiva entre a saúde percebida e as limitações funcionais dos idosos por eles estudados.

Nos estudos de Lebrão e Laurenti (2005) quando foi perguntado ao idoso sobre como considerava sua saúde, 53,8% consideraram a sua saúde regular ou má, variando de acordo com a idade do entrevistado, sendo considerada pior quanto maior a idade apresentada pelo idoso.

Para a variável atividade de lazer, obteve-se que 19,2% referiram possuir alguma atividade de lazer, dados de encontro com os apresentados por Paskulin e Vianna (2007) onde referem em seu estudo que 18,5% dos idosos analisados, informaram realizar atividades em espaços coletivos. Observa-se, no entanto que, os idosos apresentam como atividade de lazer, aquelas realizadas

no próprio domicílio como, assistir televisão, ouvir rádio, ler jornal e livros e fazer trabalhos manuais.

Outro dado analisado em nosso estudo foi a qualidade de vida do idoso. Obtivemos que os idosos apresentaram-se satisfeitos, concordando com outros estudos onde também a maioria dos idosos considerou sua qualidade de vida bastante positiva (SOUSA, GALANTE e FIGUEIREDO, 2003; JÓIA et al., 2007). Além disso, Fleck et al. (1999) observaram em seus estudos uma tendência de associação entre qualidade de vida e bem-estar ou sentir-se bem. Néri (1993) destaca que, quanto mais ativo o idoso, maior sua satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhor sua qualidade de vida.

Nos estudos de Santos et al. (2002), eles observaram em sua amostra que a qualidade de vida dos idosos vai de pouca a moderada. Segundo os autores, este fato reflete as condições biopsicossociais experimentadas por esses indivíduos no contexto brasileiro, onde há constantes agressões econômicas, sociais e ambientais além de aceleradas transformações que acabam por excluir os idosos de seu meio. Nesse contexto, “estar bem com a vida” não passa de uma idealidade imaginária.

Outro estudo realizado por Carneiro et al. (2007), teve como objetivo investigar as habilidades sociais, o apoio social, a qualidade de vida e a depressão de idosos em contextos familiares e de asilos; assim, obteve como resultado que os idosos do asilo apresentaram um menor repertório de habilidades sociais, uma menor rede de apoio social e uma pior qualidade de vida, sendo o convívio social um fator importante para a qualidade de vida.

Importante ressaltar que ao se analisar a contribuição dos diferentes domínios na qualidade de vida global, observa-se que os domínios (físico, ambiental, psicológico e social) explicam limitadamente a qualidade de vida global; mas alterações em um ou mais domínios podem implicar em alterações na qualidade de vida global do indivíduo (Pereira et al., 2006).

O domínio funcional assume grande relevância no conceito multidimensional de qualidade de vida, devendo ser medido juntamente com o estado de saúde quando se deseja avaliar a qualidade de vida em idosos (Covinsky et al., 1999; Fassino et al., 2002).

Dessa forma, segundo Xavier et al. (2003), o bem-estar do idoso seria resultado do equilíbrio entre as diversas dimensões da capacidade funcional, sem significar ausência de problemas em todas as dimensões, tendo em vista que o bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de enfermidades.

Como destaca Rogerson (1995), a interpretação da avaliação global da qualidade de vida é um tanto difícil, uma vez que resultados semelhantes podem ser explicados por diferentes fatores. Para cada indivíduo, há uma forma de operacionalizar sua avaliação, e a avaliação de um mesmo indivíduo pode variar com o tempo, com a mudança de prioridades ao longo da vida e com as circunstâncias pelas quais a vida pode se modificar.

A avaliação da capacidade funcional na gerontologia é importante indicativo da qualidade de vida do idoso, sendo o desempenho nas atividades da vida diária o parâmetro amplamente aceito e reconhecido, permitindo aos profissionais uma visão mais precisa quanto à severidade da doença e das suas seqüelas (DIOGO, 2003; ALVARENGA et al., 2005). Em nosso estudo, às ABVD, ou seja, a capacidade funcional dos idosos mostra que a população estudada se apresenta independente, tanto para o índice de Katz (AVD`s) como para o índice de Lawton (AIVD`s); observando-se ainda, uma satisfação com sua qualidade de vida.

Ricci, Kubota e Cordeiro (2006) em seus estudos verificaram que 59,0% dos idosos necessitam de assistência de até 50% nas tarefas. Dados também confirmado por Landi et al. (2000)

Alguns estudos, Landi et al. (2000), Alvarenga et al. (2005), Costa et al. (2006), Duarte, Andrade e Lebrão (2007), referem que o índice de Katz e a escala de Lawton estão dentre os instrumentos mais utilizados para avaliar a capacidade funcional entre idosos, uma vez que a avaliação funcional do idoso envolve aspectos complexos variados na busca de estimar a realização de suas atividades rotineiras; além disso, é de fácil aplicação e mundialmente utilizado.

Segundo Pereira et al. (2006), a maior influência do domínio físico na qualidade de vida global desses idosos ressalta a importância de se considerar a capacidade funcional como importante fator de impacto na qualidade de vida em

idosos. Ramos (2003) destaca que a capacidade funcional, atualmente, surge como um novo paradigma de saúde para os indivíduos idosos, e o envelhecimento saudável passa a ser visto como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

Além disso, a qualidade de vida na velhice tem sido associada a questões de independência e autonomia, e a dependência do idoso resulta das alterações biológicas, suas incapacidades, e de mudanças nas exigências sociais (SOUSA, GALANTE e FIGUEIREDO, 2003).

6. Conclusão

No presente estudo observou-se que a população estudada é na sua maioria, de baixa escolaridade, vivendo com companheiro, na maioria aposentada, com pouca atividade de lazer. Além disso, referem satisfação com sua qualidade de vida.

Os resultados do estudo mostram que os idosos estudados apresentam independência funcional nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária, como já descrito e em consenso com a literatura pertinente. Tendo em vista o envelhecimento saudável, sugere-se que ações preventivas devam ser feitas, uma vez que prevenir é atuar antes mesmo que qualquer problema venha a ocorrer mesmo que em níveis mínimos (REBELATTO e BOTOMÉ, 1987). Sugerem-se ações de políticas públicas que vise manter ou mesmo melhorar as condições de saúde destes idosos, considerando seus aspectos físico-funcionais.

Ressalta-se a importância dos programas de saúde do governo pois, possibilita intervir na promoção de saúde com ações que retardam o aparecimento das incapacidades, viabilizando a reabilitação quando estas forem detectadas, podendo reduzir o número de idosos dependentes, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros. Adicionalmente, atividades recreativas, sociais e culturais que fortaleçam grupos de idosos poderiam ser desenvolvidas nos espaços coletivos existentes.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



ABREU, I.D.; FORLENZA, O.V.; BARROS, H.L. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 32, n. 3, 2005.

ALVARENGA, M.R.M. et al. Avaliação de perdas funcionais e dependência em idosos: uma pesquisa bibliográfica. **Saúde e sociedade**. v. 14, supl 1, 2005.

ARAÚJO, M.O.P.H.; CEOLIM, M.F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev Esc Enferm USP.**; v. 41, n. 3, p. 378-85, 2007.

ASSIS, M. [org.] **Promoção da saúde e envelhecimento**. [Apostila] Rio de Janeiro: Unati-UERJ, 2002.

BARBOT-COLDEVIN, J. **Desigualdades baseadas en el género: la adulta mayor y su mayor vulnerabilidad**. In: Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad, 1999, Santiago. Anais... Santiago: CELADE - Seminarios y Conferencias, p. 257-270, 2000.

BARRETO, K.M.L. et al. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 3, n. 3, p. 339-354, 2003.

BOWLING, A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life. **Soc Sci Med**. v. 41: p. 1447-1462, 1995.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Ação Social (BR). **Plano de ação governamental integrado para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília (DF): Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Ação Social, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de atenção básica**, n. 19, Distrito Federal, 2006.

BURCKHARDT, C. S.; ANDERSON, K. L. The Quality Of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity and Utilization. **Health qual life Outcomes**. v. 1, n. 1, p. 60, 2003.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad saúde publica**. v. 19, n. 3, p. 773-781, mai/jun, 2003.

CAMARANO A.A.; KANSO, S.; MELO, J.L. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano A.A. [organizador]. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, p. 25-73. 2004.

CAMARANO, A.A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estud. av.** vol.17, n. 49, p.35-63. 2003.

CARMO et al. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 12, n.2, p.63-75, 2003.

CARNEIRO, R.S. et al. Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 20, n. 2, p. 229-237, 2007.

CARVALHO, G.A.; PEIXOTO, N.M.; CAPELLA, P.D. Análise comparativa da avaliação funcional do paciente geriátrico institucionalizado por meio dos protocolos de Katz e Tinetti. **Revista Digital ED-Esportes**, ano 12, n 114, nov, 2007.

CICONELLI, R.M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 43, n. 2, p. IX-XIII, mar/abr, 2003.

COELHO FILHO, J.M.; RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**. v. 33, n. 5, p. 445-53, 1999.

COLLINS, K. et al. Functional fitness, disease and independence in community-Dwelling older adults in Western Wisconsin. **Wisconsin Med J**. v. 103, p. 42-3, 2004.

COSTA, E.C. et al. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e instrumentais de vida diária. **Acta Paulista de enfermagem**. v. 19, n. 1, supl. 1, jan/mar, 2006.

COSTA, E.F.A.; MONEGO, E. T. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). **Revista da UFG**, v. 5, n. 2, dez, 2003.

COVINSKY, K.E. et al. Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? **Am J Med.** v. 106, n. 4, p. 435-40, 1999.

DANTAS, R.A.S.; SAWADA, N.O.; MALERBO, M.B. Pesquisas sobre qualidade de vida: Revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Rev. Latinoam. Enfermagem.** v. 11, n.4, p. 532-538, 2003.

DEBERT, G.G. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. **Rev Bra Cienc Soc.** v. 12, n. 34, p. 39-56, 1997.

DELLA VECCHIA, R. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. bras. Epidemiol.** v.8, n.3, p.246-252, 2005.

DIOGO, M.J.D. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v. 5, n. 1, 1997.

DIOGO, M.J.D. Avaliação funcional de idosos com amputação de membros inferiores atendidos em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 11, n. 1, 2003.

DOIMO, L.A.; DERNTL, A.M.; LAGO, O.C. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 13, n. 4, 2008.

DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L. O índice de Katz na Avaliação da funcionalidade de idosos. **Revista Esc Enf da USP.** v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.

FASSINO, S. et al. Quality of life in dependent older adults living at home. **Arch Gerontol Geriatr.** v. 35, n. 1, p. 9-20, 2002.

Feliciano, A.B. et al. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública.** v. 20, n. 6, p. 1575-85, 2004.

FERNANDES, F. S. A velhice e a Justiça. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1069-76, 2002.

FILLENBAUM, G.G.; SMYER, M.A. The development, validity and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. **J. Gerontol.** v. 36, n. 4, p. 428-34, 1981.

FLANAGAN, J.C. Measurement of Quality of Life: Current State of the Art. **Arch Phys Med Rehabil.** v. 63, p. 56-59, 1982.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev Saúde Pública.** v. 33, p. 198-205, 1999.

FLORIANO, P.J. O perfil de idosos assistidos por uma equipe de saúde da família do centro de saúde de soubas, no município de campinas-sp. **Tese mestrado.** Unicamp. Faculdade de educação, 2005.

GONÇALVES, L.H.T.; DIAS, M.M.; LIZ, T.G. Qualidade de vida de idosos independentes segundo proposta de avaliação de Flanagan. **O mundo da Saúde.** v. 23, n. 4, p. 214-20, 1999.

GRIMLEY-EVANS, J. Prevention of age-associated loss of autonomy: epidemiological approaches. **Journal of chronic diseases.** v. 37, p. 353-63, 1984.

GRIMLEY-EVANS, J. The health of an ageing population. In: BITLES, A.H. e COLLINS, K.Y., **The biology of human ageing.** Cambridge, University Press, p. 201-14, 1986.

GUIMARÃES, L.H.C.T. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. **Revista de Neurociência.** v 12, n 3, jul/set, 2004.

HOGSTEL, M.O.; GAUL, A.L. Safety or autonomy - and ethical issue for clinical gerontological nurses. **J. Gerontol. Nurs.** v. 17, n. 3, p. 6-11, 1991.

Homens e Mulheres na Meia-idade e na Velhice. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** v. 18, n. 2, p. 292-299, 2005.

Inouye, K. et al. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto Contexto Enfermagem.** v. 17, n. 2, p. 350-7, abr-jun, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico e Estimativas 2000. Brasília. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/pop_Censo2000.pdf> Acesso em 20 jun. 2008.

JACOB FILHO, W. Envelhecimento e Atendimento Domiciliário. In: DUARTE, Y,A.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico**. São Paulo: Atheneu, p.19-26, 2000.

JETTE, A.M.; BRANCH, L. Impairment and disability in the aged. **J Chronic Dis.** v. 38, p. 59-65, 1985.

JÓIA, et al. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev Saúde Pública.** v. 41, n. 1, p. 131-8, 2007.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, 1987.

KATZ, S. et al. Progress in development of the index of ADL. **Gerontologist**, v.10, n.1, p.20-30. 1970.

KATZ, S.; FORD, A.B.; MOSKOWITZ, R.W.; JACKSON, P.; JAFFE, M.W. The index of ADL: a standardized measure of histological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, p. 914-9, 1963.

LANDI, F. Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Med Care.* v. 38, n. 12, p. 1184-90, 2000.

LAWTON, M.P. et al. research and 122 service oriented multilevel assessment instrument, **J. Gerontol.**, v. 37, n.1, p. 91-9, 1982.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v.9, n.3, p.179-86. 1969.

LEBRAO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. **O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.



LEIBING, A. - Antropologia de uma doença orgânica: doença de Alzheimer e fatores culturais. *In: Cadernos IPUB, Instituto de Psiquiatria da UFRJ (Ed.): Envelhecimento e Saúde Mental - Uma Aproximação Multidisciplinar.* v. 10, p. 157-74, 1997.

LIMA-COSTA, M.F. et al. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno Saúde Pública.** v. 19, n. 3, p. 735-43, mai/jun, 2003.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde Pública e envelhecimento. **Caderno Saúde Pública.** v. 19, n. 3, jan/jun, 2003.

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. Fatores associados à alteração de mobilidade em idosos residentes na comunidade. **Rev Brasileira de Fisioterapia.** v. 9, n 1, 17-23, 2005.

MASTROENI, M.F. et al . Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. **Rev. bras. epidemiol.** v. 10, n. 2, jun, 2007.

MATHER, L.E.; AUSTIN, K.L. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) as an adjunct to pharmacokinetic analysis. **Biopharm Drug Dispos,** v.4, n.2, Apr-Jun, p.157-72. 1983.

MEERBERG, G. Quality of life: a conceptual analysis. **J. Adv. Nursing.** v. 18, p. 32-38, 1993.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 5, n. 1, p. 17-18, 2000.

NAHAS, M.V; BARROS, M.V.G; FRANCALACCI, V. O pentágulo do bem estar-base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupo. **Rev Bras Ativ Fis Saúde.** v. 5, p. 48-59, 2000.

NERI, A.L. **Qualidade de vida e idade madura.** Campinas: Papirus: 1993.

OPAS / OMS - Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde **A SAÚDE NO BRASIL.** Representação da OPS/OMS no Brasil, 48 p., 1998.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J.R. Envelhecimento: Desafio na Transição do Século. In: Papaléo Netto, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, p.3-12, 1996.

PARAHYBA, M.I., VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade Funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Revista Saúde Pública**. v. 39, n. 3, p. 383-91, 2005.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico**. Tese de Doutorado defendida em 2005 pela USP.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. Dissertação de Mestrado defendida em 2001 pela USP

PASCHOAL, S.M.P.; SALLES, R.F.N.; FRANCO, R.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: Filho, E.T.C.; Papaléo Netto, M. **Geriatrics: Fundamentos, clínica e terapêutica**. 2ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

PASKULIN, L.M.G.; VIANNA, L.A.C. Perfil I sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos de Porto Alegre. **Rev Saúde Pública**. v. 41, n. 5, p. 757-68, 2007.

PAVARINI, S.C.I.; NERI, A. L.. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte, Y.A.O.; Diogo, M.J.D. **Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico**. São Paulo Editora Atheneu, 2000.

PEREIRA, H.N. **A atividade física na promoção da qualidade de vida em indivíduos da terceira idade**. 2006. Disponível em: <http://www.cb.ce.gov.br/aplicativos/gercont/arquivos/downloads/Artigo%20_Cap%20Holdayne_.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2008.

QUEROZ, N.C.; NERI, A.L. Bem-estar Psicológico e Inteligência Emocional entre RAMOS, L. R. et al. Perfil do Idoso em área metropolitana na Região Sudeste do Brasil: Resultados de Inquérito Domiciliar. **Revista de Saúde Pública**. v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. v.19, n.3, p.793-797. 2003.

REBELATTO, J.R.; BOTOMÉ, S.P. **Fisioterapia no Brasil: perspectivas de evolução como campo profissional e como área de conhecimento**. São Paulo: Ed. Manole, 1987.



RESENDE, M.C.; NERI, A.L. Atitudes de adultos com deficiência física frente ao idoso, à velhice pessoal e a pessoas com deficiência física. **Estudos de Psicologia**. v. 22, n. 2, p. 123-131, abril -junho, 2005.

RICCI, N.A.; KUBOTA, M.T.; CORDEIRO, R.C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev. Saúde Pública**. v. 39, n. 4, 2005.

ROCHA, S.V.; FREIRE, M.O. Nível de atividade física habitual e autopercepção do estado de saúde em idosas no município de Jequié-Bahia. **Rev. Bras. em Promoção da Saúde**. v. 20, n. 3, p. 161-167, 2007.

ROGERSON, R.J. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. **Soc. Sci. Med.** v. 41, p. 1373-82, 1995.

ROSA, T.E.C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**. v. 37, n. 1, 2003.

RUBENSTEIN, L.Z. et al. The Sepulveda VA Geriatric Evaluation Unit: data on four-year outcomes and predictors of improved patient outcomes. **J Am Geriatr Soc**. v. 32, n. 7, p. 503-12, 1984.

RUIZ, T. et al. Estudo de sobrevivência de uma coorte de pessoas de 60 anos e mais no município de Botucatu (SP) - Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** v. 6, n. 3, 2003.

SANCHEZ, M.A.S. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica **Textos sobre Envelhecimento**. v.3, n. 3, 2000. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 jul. 2008.

SANTOS, L.M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saúde Pública**. v.40, n.2, p.346-352. 2006.

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

SILVA, F.P. et al. Perfil dos pacientes geriátricos do hospital Paulo de Tarso. **Arquivos em odontologia**. v. 41, n. 1, jan/mar, 2005.

SILVESTRE, J.A. et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. **Arq. Geriatria e Gerontologia**. v. 1, p. 81-9, 1996.

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do idoso em programa de saúde da família. **Caderno Saúde Pública**. v. 19, n. 3, p. 839-847, mai/jun, 2003.

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa **Revista Saúde Pública**. v. 37, n. 3, p. 364-71, 2003.

THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, p 41-60., 1994.

VALLE, A.A.L.; MARTINEZ, T.L.R.; FILHO, E.E.M. Desafio econômico da doença cardiovascular: relação custo benefício das prevenções primárias e secundárias. **Rev. Soc Cardiol Est São Paulo**. v. 6, n. 5, p. 661-6, 1996.

VERAS, R. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 224, 1994.

VERAS, R.P.; COUTINHO, E.S.F. Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos no Brasil. **Revista Saúde Pública**. v. 25, p. 209-17, 1991.

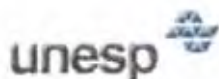
VIRTUOSO JUNIOR, J.S.; GUERRA, R.O. Fatores associados às limitações funcionais em idosas de baixa renda. **Rev. Assoc. Med. Bras**. v. 54, n. 5, out, 2008.

XAVIER, F.M. et al. Elderly people's definition of quality of life. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 25, n. 1, p. 31-9, 2003.

8. ANEXOS

ANEXO 1

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 04 de dezembro de 2006

OF.574/2006-CEP

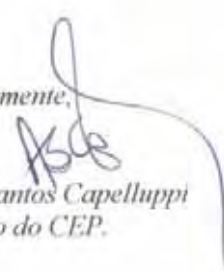
*Ilustríssima Senhora
Prof.^a Dr.^a Tânia Ruiz
Departamento de Saúde Pública da
Faculdade de Medicina de Botucatu*

Prezada Dr.^a Tânia,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP informo que o Projeto de Pesquisa "Graus de autonomia em um estudo populacional de idosos" a ser conduzido por Célia Regina Covolan, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 04/12/2006.

Situação do Projeto: APROVADO.

Atenciosamente,


*Alberto Santos Capellupi
Secretário do CEP.*

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 196/96 CNS-MS)

SEGUIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU (SP)

A intenção desta pesquisa é de realizar um estudo sobre a capacidade de realizar atividades da vida diária, dificuldades pessoais, hábitos, memória, uso de medicamentos e vacinas, e relacionamento com familiares e comunidade. Esse é um primeiro seguimento da pesquisa anterior e o senhor(a) será convidado(a) para uma consulta médica e oftalmológica e a realizar exames laboratoriais.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, a recusa não implicará nenhum prejuízo ao senhor(a), como também poderá se recusar a responder a qualquer questão ou desistir de participar a qualquer momento.

A pesquisa não apresenta risco, desconforto e inconveniências para ninguém. Os dados coletados são confidenciais, o benefício desta pesquisa para os participantes será o de contribuir para o conhecimento do risco de mortalidade e doença em botucatuenses na terceira idade.

Você poderá entrar em contato com a pesquisadora por meio do telefone (14) 9795-2402, Célia Regina Covolan, ou a Comissão de Ética da Unesp se tiver qualquer pergunta, pelo telefone 3802-0000.

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento para sua informação e arquivos.

Data: ____/____/____

Entrevistado

Pesquisador

Li a informação acima e foi dada oportunidade para perguntas e minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente. Recebi uma cópia deste termo de consentimento e concordo em participar nesta pesquisa.

Nome completo, RG

Avaliação Multifuncional dos Idosos



FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA



QUESTIONÁRIO DO ENTREVISTADOR

PROJETO “SEGUIMENTO DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU”



2006

UNESP • FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
– DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA –
“SER IDOSO EM BOTUCATU-SP”

Número do questionário: _____ Data da Entrevista: ____/____/____

Identificação do entrevistador: _____

Resultado da pesquisa:

- () Realizada: obteve-se todas as informações
- () Não pertence mais á população em estudo: caso no domicílio não haja mais o morador sorteado, por morte ou mudança de endereço;
- () Domicilio fechado: residência habitada, porém os moradores não puderam ser encontrados;
- () Domicílio de uso ocasional: residência usada para lazer
- () Recusa
- () Domicilio vago
- () Óbito Data: _____

Local: _____

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Sexo: _____ Data Nascimento: ____/____/____

Estado Conjugal: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Quanto tempo mora em Botucatu: _____

Ainda trabalha? **Sim** () Ocupação atual: _____ Ramo de trabalho: _____

Local: _____

Não ()

É aposentado? Sim () Não()

Qual o trabalho que realizava

(ocupação)? _____

Ramo de atividade (local) _____

Escolaridade:

- Analfabeto () Sabe escrever o nome () Aprendeu por outro meio ()
 Primário incompleto () Primário completo () Ginásio incompleto ()
 Ginásio Completo () Colegial incompleto () Colegial Completo ()
 Superior Completo () Superior Incompleto ()

Número total de cômodos da casa, incluindo banheiro:

Número total das pessoas que residem no domicílio:

Relação das pessoas do domicílio:

Nome	Idade	Grau parentesco com o idoso	Vacinação contra gripe		Menor de 7 anos em escola ou creche		Renda
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	

Outras rendas do idoso

(especificar): _____

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

QUAL É A RENDA TOTAL POR MÊS DAS PESSOAS QUE MORAM NO SEU DOMICÍLIO, SOMANDO A SUA E A DE TODOS OS OUTROS, CONSIDERANDO TODAS AS FONTES, COMO SALÁRIOS, HORAS EXTRAS, ALUGUÉIS, BICOS, PENSÕES, APOSENTADORIAS, ETC?

- 1- Até R\$ 300,00 (até 1 SM).
- 2- De R\$ 301,00 a R\$ 1.500,00 (de 1 a 5 SM).
- 3- De R\$ 1.501,00 a R\$ 3.000,00 (de 5 a 10 SM)
- 4- De R\$ 3.001,00 a R\$ 6.000,00 (de 10 a 20 SM)
- 5- Mais de R\$ 6.000,00 (mais de 20 SM)
- 6- Não Sabe
- 7- Não Respondeu

QUAL A SUA RAÇA OU COR?

- 1- Branca
- 2- Preta
- 3- Parda/ mulato (a)
- 4- Amarela
- 5- Indígena
- 6- Outros

ESTADO CIVIL

- 1- Casado ou em união consensual
- 2- Solteiro
- 3- Separado (desquitado/ divorciado/ separado judicialmente)
- 4- Viúvo (a)
- 5- Não Respondeu

EM QUAL CIDADE VOCÊ NASCEU? _____

EM QUE ESTADO EM VOCÊ NASCEU? _____

QUAL A SUA PRINCIPAL OCUPAÇÃO ATUALMENTE?

- 01- Funcionário público
- 02- Empregado de empresa privada
- 03- Empresário/ empregador
- 04- Profissional liberal
- 05- Pequeno comerciante
- 06- Autônomo

ESCALA DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA – AVD

O (a) senhor (a) não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para lavar uma parte do corpo?

1- sim

2- não

O (a) senhor (a) pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos?

1- sim

2- não

O (a) senhor (a) vai ao banheiro, usa o banheiro, se veste e retorna sem qualquer ajuda (andador ou bengala)?

1- sim

2-não

O (a) senhor (a) consegue deitar na cama, sentar-se na cadeira e levantar sem ajuda (andador ou bengala)?

1- sim

2-não

O (a) senhor (a) controla completamente urina e fezes?

1- sim

2-não

O (a) senhor (a) come sem ajuda (exeto para cortar carne e passar manteiga no pão)?

1- sim

2-não

ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

O (a) senhor (a) consegue usar o telefone?

1- não consegue

2- consegue com ajuda

3- consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue ir a lugares distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?

1- não consegue

2- consegue com ajuda

3- consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue fazer compras?

1- não consegue

2- consegue com ajuda

3- consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue preparar suas próprias refeições?

1- não consegue

2- consegue com ajuda

3- consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue arrumar a casa?

- 1- não consegue
- 2- consegue com ajuda
- 3- consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue fazer trabalhos domésticos como pequenos reparos?

- 1- não consegue
- 2- consegue com ajuda
- 3- consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue lavar e passar a própria roupa?

- 1- não consegue
- 2- consegue com ajuda
- 3- consegue sem ajuda

O senhor (a) consegue tomar seus remédios na dose e no horário corretos?

- 1- não consegue
- 2- consegue com ajuda
- 3- consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue cuidar de suas finanças?

- 1- não consegue
- 2- consegue com ajuda
- 3- consegue sem ajuda

ESTILO E QUALIDADE DE VIDA

DOMINIO BEM ESTAR

29- O quanto o (a) o senhor (a) está contente com sua saúde? (fisicamente bem e vigoroso (a))

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

2- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de desempenho nas atividades do dia-dia? (reconhecer seus potenciais e limitações)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

3- Qual a satisfação do (a) senhor (a) com relação a sua capacidade para o trabalho? (emprego ou em casa)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

DOMÍNIO PREVENÇÃO

71

4- Sua alimentação diária inclui frutas e verduras?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

5- O (a) Sr (a) evita alimentos gordurosos (carnes, frituras)?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

6- O (a) Sr (a) evita doces?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

7- Quantas refeições o (a) Sr (a) faz por dia?

8- Tem costume de comer entre as refeições?

SIM NÃO

9- O (a) Sr (a) conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seus níveis de COLESTEROL e procura controlá-los?

SIM NÃO

10- O (a) Sr (a) ingere alguma bebida ALCÓLICA?

SIM ÀS VEZES NÃO

Quanto e qual ? _____

11- O (a) Sr (a) FUMA?

SIM NÃO

Quantos cigarros por dia?

12- O (a) Sr (a) respeita as normas de trânsito? (usa o cinto de segurança)

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

DOMÍNIO CONFORTO MATERIAL

13- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação ao conforto de sua casa?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

14- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação ao lugar onde mora?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

15- Qual a satisfação do senhor (a) em relação a sua situação financeira?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

DOMÍNIO- RELACIONAMENTO INTIMO E FAMILIAR

16- Qual a satisfação do senhor (a) em relação ao seu relacionamento com filhos, irmãos ou parentes? (visita e ajuda)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

17- Qual a satisfação do senhor (a) em relação a sua constituição familiar? (teve ou se criou seus filhos)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

18- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação ao seu relacionamento íntimo com esposa/o, namorado ou companheiro (a)?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

DOMINIO RELAÇÕES SOCIAIS

29- O (a) Sr (a) é ativo na sua comunidade, sente-se útil no seu ambiente social?

() SIM () QUASE SEMPRE () ÀS VEZES () NÃO

20- O (a) Sr (a) faz algum trabalho voluntário fora de casa?

() SIM () ÀS VEZES () NÃO

21—O (a) Sr (a) procura cultivar amigos ?

() SIM () NÃO

22—Seu lazer inclui reuniões com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações? (Qualquer uma serve)

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

23- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua participação em atividades de lazer?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()
7 ()

24- O (a) senhor (a) costuma de ouvir musica, assistir TV ou cinema, leitura e outros entretenimentos?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

DOMÍNIO INTELECTUAL E HABILIDADES

25- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de aprender em cursos, palestras, escolas?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

26- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de adquirir novas habilidades manuais? (através de pintura, tricô, musica, poemas, artesanato)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

DOMINIO CONTROLE DO ESTRESSE

27- O (a) Sr (a) reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

28- O (a) Sr (a) mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

29- O (a) Sr (a) equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO