

Atividades avançadas de vida diária no envelhecimento: um estudo de revisão

Eliane Golfieri Dias

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.**

Área de Concentração: Epidemiologia

**Orientadora: Professora Dra. Yeda
Aparecida de Oliveira Duarte**

São Paulo

2009



É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais Armando e Adair

Ao Rodrigo Santos

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pelas inúmeras graças concedidas.

Às queridas professoras Yeda Duarte e Maria Lúcia Lebrão pela orientação, paciência, amizade e carinho.

Às professoras Maria Helena Morgani de Almeida e Helena Akemi Wada Watanabe pelas valiosas contribuições para a melhora da qualidade deste trabalho.

Ao Rodrigo Santos, pelo amor, dedicação, paciência e companheirismo em todos os momentos.

À querida amiga Soraya Alencar pela amizade verdadeira, pelo carinho, ajuda técnica e incentivo.

À querida Michelle Vicente Torres pelo companheirismo e amizade.

À Renata Mantovani Visconde pela amizade sincera, dedicação, companheirismo e incentivo.

À Miriam Oyama pelo companheirismo, paciência, incentivo e amizade.

RESUMO

Introdução: As atividades avançadas de vida diária (AAVDs) englobam as atividades sociais, produtivas, físicas e de lazer. Os resultados quanto aos efeitos da prática destas no envelhecimento são inconclusivos, com reduzido número de publicações e utilização de diferentes termos e conceitos para designá-las.

Objetivos: Delinear um panorama do estudo das AAVDs em meio científico internacional quanto a terminologia, conceitos, impacto e fatores associados da realização das AAVDs no envelhecimento. Elaborar uma proposta para avaliação das AAVDs.

Material e método: Estudo de revisão da literatura envolvendo as bases de dados Medline, Scielo, Lilacs, Pubmed, Journal Storage, MUSE (1984-2008). Foram incluídos estudos sobre atividades sociais, produtivas, físicas e de lazer junto à população idosa. Foram analisados aspectos como tipo de estudo, variáveis envolvidas, tamanho da amostra, análise estatística, fator de impacto, terminologia e principais associações.

Resultados: Foram selecionados 214 estudos. Os resultados mostraram efeitos positivos da prática das AAVDs no envelhecimento. A terminologia é ampla e confusa, com classificações distintas das atividades e dificuldades de critérios de inclusão em domínios específicos (sociais, físicos, lazer, produtivos).

Conclusão: Há um movimento crescente da pesquisa sobre AAVDs no envelhecimento, referente à importância sobre a saúde e qualidade de vida do idoso. Há necessidade de melhor sistematização quanto aos critérios classificatórios e terminologias utilizadas para as AAVDs. Propôs-se estratégia de avaliação das AAVDs baseada em domínios de atividades sociais, físicas, produtivas e de lazer.

Descritores: idoso, atividades cotidianas, avaliação geriátrica, lazer, atividades sociais e produtivas.

ABSTRACT

Introduction: Advanced activities of daily living (AADL) include social, productive, physical and leisure activities. The results related to effects of these practices on aging are inconclusive, with reduced number of publications as well as use of different terms and concepts.

Objectives: Describing the scenery of AADL study in international scientific environment regarding to terminology, concepts, impact and associated factors about AAVD performance in aged. To develop a purpose to assess AADL for elderly people.

Material and method: Literary revision study including the databases Medline, Scielo, Lilacs, Pubmed, Journal Storage, MUSE (1988-20098). Aspects such as kind of study, involved variables, sample size, statistical analysis, impact factor, terminology and main associations were analyzed.

Results: 214 studies were selected. The results showed positive effects of the AADL practice on aging. Terminology is wide and confuse, including distinct classification of activities, moreover difficulties in inclusion criteria at specific domains (social, physical, leisure, productive).

Conclusion: There is a growing research movement related to AADL in aging, referring to the importance of elderly health and quality of life. There is a need of improving theoretical basis systematization as well as classifying criteria for discussing the associative strengths of results obtained about AADL. Was developed a purpose to assess the AADL considering the activity domains: social, physical, productive and leisure.

Keywords: elderly, usual activities, geriatric evaluation, leisure, social and occupational activities.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Teorias do Envelhecimento com ênfase na funcionalidade e fatores associados	16
1.2 Avaliação da capacidade funcional de idosos	26
1.3 Atividades avançadas de vida diária (aavds) como componente da funcionalidade e qualidade de vida de idosos	33
	36
2. OBJETIVOS	
3. MATERIAL E MÉTODO	37
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
4.1 Impacto da realização das AAVDs no envelhecimento.	41
4.2 Fatores associados ao desempenho das AAVDs.	47
4.3 Atividades sociais, produtivas, físicas e de lazer.	56
4.3.1 Classificações das atividades sociais, produtivas físicas e de lazer.	57
4.4 Caracterização das AAVDs encontradas nos estudos.	67
4.4.1 Grupos de atividades compreendidos nas AAVDs.	75
4.5 Inclusão de AAVDs em instrumentos de avaliação da capacidade funcional e qualidade de vida em idosos.	78
4.6 AAVDs e promoção da saúde no envelhecimento.	92
4.7 Proposta de classificação para o conjunto das atividades avançadas de vida diária (AAVDs).	97
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
6. REFERÊNCIAS	109
7. ANEXOS	
Anexo I- Quadro comparativo de estudos longitudinais envolvidos, segundo país, ano, variáveis e nome do estudo. São Paulo, São Paulo. 2009	131
Anexo II- Quadro comparativo de estudos transversais envolvidos, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009	140
Anexo III - Terminologias equivalentes às AAVD. São Paulo.2009	164
Anexo IV - Termos e definições do domínio "SOCIAL". São Paulo.2009	173
Anexo V - Termos e definições do domínio "lazer". São Paulo. 2009	175
Anexo VI - Termos e definições do domínio "trabalho". São Paulo. 2009	178
Anexo VII – Questionários (cd-rom)	180

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição etária da população brasileira em 1980, 2000, 2005 e projeções para 2050.	12
Figura 2. Modelo Nagi, 1976.	27
Figura 3. Modelo ICIDH.	27
Figura 4. Processo de incapacidade	28
Figura 5. Modelo CIF – Níveis funcionalidade (WHO, 2003)	29
Figura 6. Distribuição (%) de publicações sobre atividades sociais, produtivas e de lazer segundo ano de publicação	56
Figura 7. Fatores pessoais e ambientais na realização das AAVDs.	98
Figura 8. Distribuição das AAVDs segundo domínios específicos.	101

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1. Busca bibliográfica nas principais bases de dados. São Paulo, 2009.	35
Tabela 2. Distribuição (%) das atividades segundo citações nos estudos. São Paulo, 2009.	78
Quadro 1. Descrição das AAVDs segundo os estudos analisados.	70
Quadro 2. Grupos de atividades mencionados nos estudos sob a terminologia AAVD. São Paulo, 2009.	77
Quadro 3. AAVDs presentes em instrumentos para avaliação da capacidade funcional e qualidade de vida do idoso	90
Quadro 4. Variáveis para avaliação das AAVDs em idosos brasileiros.	103

"Art. 3º. É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária."

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003.

1. INTRODUÇÃO

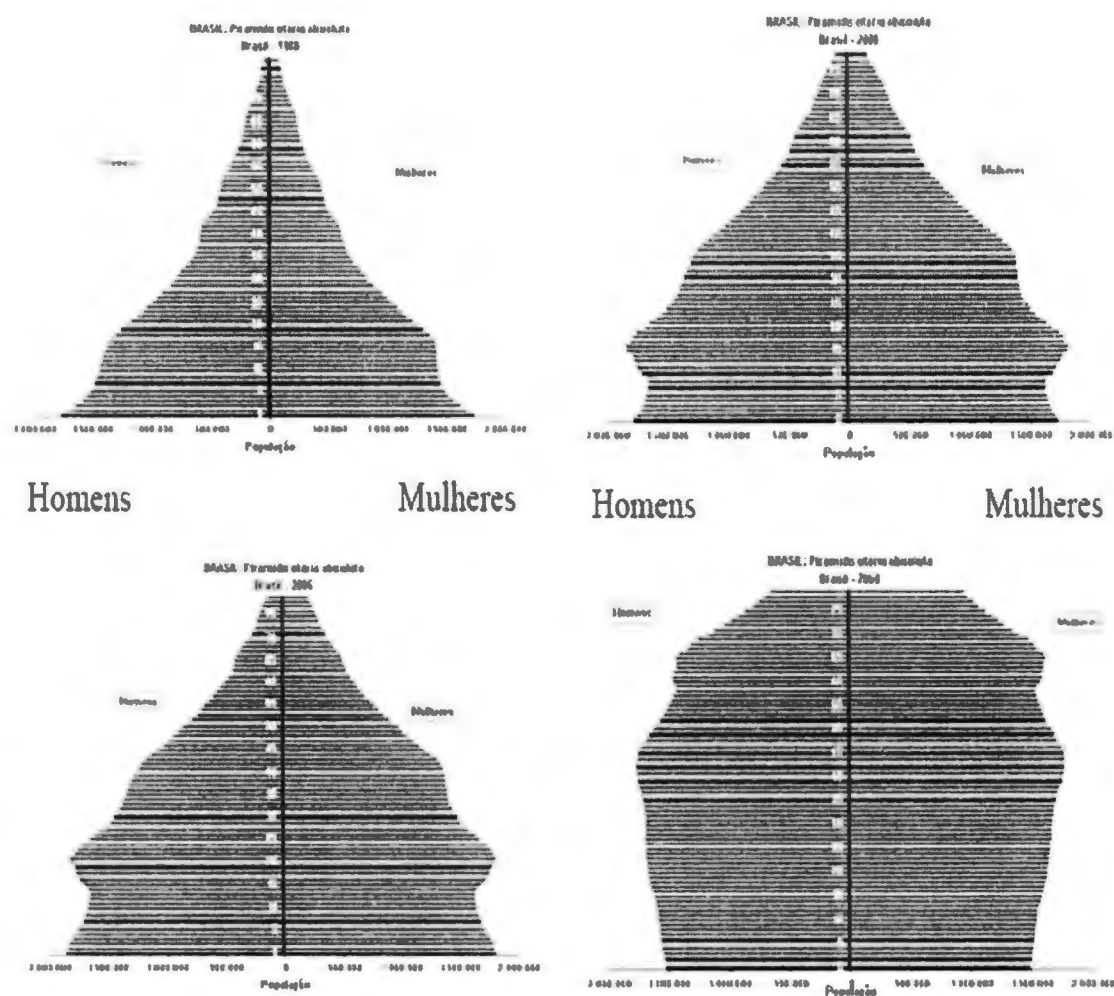
O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, todavia nos países em desenvolvimento, ocorreu de forma muito acelerada, sem que alterações políticas, econômicas e sociais pudessem ser adequadamente estruturadas. Em países em desenvolvimento como Brasil, México e Nigéria, a razão de crescimento da população idosa é de quatro a cinco vezes a dos países desenvolvidos como, por exemplo, Estados Unidos e do Japão. (IBGE, 2009)

Estimativas indicam que, em 2025, oito das onze nações com as mais expressivas populações de idosos estarão em países em desenvolvimento, que ainda contarão com economias instáveis e altos índices de pobreza.

No Brasil, o processo de envelhecimento intensificou-se a partir da década de 60, com decréscimo das taxas de mortalidade e de fecundidade e conseqüente estreitamento da base da pirâmide populacional. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) a expectativa de vida ao nascer, que era de 45,5 anos em 1940 passou para 72,4 anos em 2008 devendo alcançar 81,3 anos em 2050 muito semelhante ao que hoje ocorre na Islândia (81,8 anos), China (82,2 anos) e Japão (82,6 anos). Em 2035 a proporção de pessoas acima de 65 anos alcançará 14,2% da população brasileira. Este fato se deve à continuidade de redução das taxas de fecundidade e de indivíduos entre 15 e 64 anos. Em contraposição, as coortes remanescentes dos períodos de alta fecundidade (década de 70) atingirão 65 anos neste período. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existia cerca de 25 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, esse quadro mudará prevendo-se para cada 100 crianças de 0 a 14 anos a existência de aproximadamente 173 idosos. (IBGE, 2009)

Na figura 1 pode-se observar projeções de crescimento da população idosa, por sexo, em um período de setenta anos (1980 a 2050).

Figura 1. Distribuição etária da população brasileira em 1980, 2000, 2005 e projeções para 2050.



Fonte: IBGE, 2000.

O envelhecimento populacional brasileiro exerce um crescente e profundo impacto em todos os setores da sociedade. Destaca-se o campo da saúde, pelo acréscimo de diferentes demandas assistenciais e necessidade de novos recursos e estruturas (COTTA,2002). Segundo LOURENÇO (2005) o sistema de saúde ainda não está suficientemente estruturado para atender às crescentes demandas dessa população que consome mais serviços de saúde, apresenta elevadas taxas de internações e de permanência em leitos hospitalares.

A transição demográfica é acompanhada pela transição epidemiológica e, dadas as peculiaridades encontradas em nosso meio, deparamo-nos com o que se denomina “carga dupla de doenças”, ou seja, perpetuam-se os esforços para controlar as taxas de mortalidade infantil e de doenças transmissíveis, ao lado do aumento contínuo das necessidades de medidas de prevenção, tratamento e acompanhamento das doenças e agravos crônicos não transmissíveis e suas conseqüências.

A transição epidemiológica observada em nosso meio difere das vivenciadas nos países desenvolvidos em virtude dos seguintes fatores (CHAIMOWICZ, 1997):

- a) Superposição de doenças transmissíveis e crônico-degenerativas;
- b) Contra-transição de doenças infecto-contagiosas, com reintrodução de doenças como dengue e cólera, ou o recrudescimento de outras como a malária, hanseníase e leishmaniose;
- c) Prolongamento do processo de elevada morbi-mortalidade para doenças transmissíveis e crônico-degenerativas;
- d) Contrastes regionais, com situações epidemiológicas diferentes em regiões brasileiras.

Os idosos brasileiros envelhecem em condições heterogêneas de funcionalidade, controle de doenças e agravos, acessibilidade aos serviços de saúde, características da rede de suporte social, estilo de vida e contexto psicossocial, tendo por resultado, por um lado, pessoas idosas com total autonomia, ainda contribuintes com o desenvolvimento do contexto socioeconômico e, preservando seus papéis sociais. Por outro lado, existem pessoas em condições de total dependência para o exercício de suas atividades cotidianas e com perda de autonomia. Idosos dependentes e independentes, muitas vezes, possuem recursos financeiros escassos ou inexistentes.

A heterogeneidade do processo de envelhecimento pode também ser analisada do ponto de vista cultural, através do qual pode ser observada uma grande diversidade de padrões de apoio social e atitudes entre os diferentes grupos étnico-sociais.

Observa-se alta prevalência entre os idosos de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. Os diferentes estilos de vida adotados no transcorrer da vida exercem influência nas condições de saúde nas idades mais avançadas. Nesse sentido, estilos de vida, considerados pouco saudáveis, adotados durante a juventude e vida adulta, e mantidos na velhice representam fatores de risco relacionados ao aumento da dependência para a realização das atividades de vida diária. Dentre esses se destacam:

- a) estresse continuado no ambiente familiar e de trabalho,**
- b) dieta pobre em fibras e rica em carboidratos e gorduras de origem animal,**
- c) sedentarismo,**
- d) exposição a riscos ambientais (produtos químicos, ruídos, má iluminação, mobiliário e posturas inadequadas, etc.),**
- e) períodos reduzidos de sono, de descanso e de lazer,**
- f) dificuldade de acesso aos serviços de saúde.**

Esses fatores contribuem para o aumento da prevalência de diversas doenças como obesidade, diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial, cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico, entre outras, que podem culminar com a perda da independência e da autonomia além do aumento das demandas e dos custos assistenciais. (ALVES e col., 2007)

Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, os idosos não têm encontrado amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulando seqüelas de suas doenças, desenvolvendo incapacidades e posterior comprometimento de sua autonomia e qualidade de vida (CHAIMOWICZ, 1997; LOURENÇO,2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO/OMS, 2005), os idosos em velhice avançada (≥ 80 anos), os que sofrem violência física e emocional, os que moram sozinhos, as mulheres solteiras e viúvas, os que não possuem filhos, os casais idosos que residem sozinhos sendo um deles "cuidador", e aqueles que apresentam piores níveis econômicos e educacionais colocam-se como os mais vulneráveis à deterioração funcional.

Todas as condições citadas sugerem comprometimento das relações sociais, o que diminui o provimento de auxílio e, conseqüentemente, uma resolução efetiva das demandas assistenciais.

As famílias, ainda hoje, são as principais provedoras do cuidado aos idosos. Com a diminuição do tamanho das famílias, desestruturação do eixo familiar, dispersão de seus integrantes, novas modalidades de arranjos familiares e progressiva inserção da mulher no mercado de trabalho, observa-se uma diminuição importante do potencial assistencial existente para atender às pessoas idosas com maiores necessidades. Isso coloca a sociedade perante um importante desafio, quem será responsável por assistir uma crescente população idosa com diferentes demandas assistenciais e contendo muitos indivíduos com significativas limitações funcionais? (DUARTE e col,2005)

Necessita-se de uma adequação das políticas públicas às necessidades da população idosa com ênfase em programas de promoção à saúde, de prevenção de agravos, de reabilitação, de apoio social a idosos e seus familiares, de capacitação profissional em gerontologia além da organização de instituições direcionadas à assistência, ao lazer e à reintegração social de idosos. A ausência de tais serviços associada à procura tardia das pessoas idosas por atendimento (geralmente em fases mais avançadas das doenças) diminuem as chances de um melhor prognóstico, reduzindo a possibilidade de uma reversão clínica favorável e, conseqüente, manutenção ou melhora da qualidade de vida. Torna-se necessário um paradigma de atenção à saúde do idoso que priorize estratégias de inclusão social, em substituição aos modelos tradicionais mais centrados na assistência hospitalar e/ou asilar.

1.1 TEORIAS DO ENVELHECIMENTO COM ÊNFASE NA FUNCIONALIDADE E FATORES ASSOCIADOS.

Os paradigmas atuais de atenção ao idoso são baseados em conhecimentos advindos de teorias explicativas sobre o envelhecimento e funcionalidade.

A primeira geração de teorias que buscava compreender o processo de envelhecimento começou a ser sistematizada na década de 60 propondo modelos de aplicabilidade universal. Nas décadas de 60 e 70, as teorias do engajamento, do desengajamento e da atividade davam ênfase aos efeitos da continuidade ou descontinuidade da participação dos idosos em atividades bem como à importância das trocas sociais. Nas décadas de 80 e 90 e no início do século XXI surgiram as abordagens mais integrativas como a teoria do Comboio Social, do Curso de Vida e do Ciclo Vital que buscavam agregar às teorias progressas à hipótese de que o processo de envelhecimento não constituía uma ruptura com os estágios anteriores. Esses estágios são considerados inter-relacionados e sofrem influência dos diferentes eventos biopsicossociais que ocorrem ao longo da vida.

Apresenta-se uma breve descrição das principais teorias e modelos sobre envelhecimento.

Na **"teoria do desengajamento"** o envelhecimento é considerado inevitável e é acompanhado por perdas e alterações no tamanho e qualidade de suas relações sociais. É concebido como um período de separação, de afastamento gradual do sistema para um funcionamento positivo de ambos (indivíduo e sistema). Em nível individual, representa a tentativa de adaptação do idoso ao mundo social com decréscimo de seu investimento em atividades e relações sociais (reduzindo o número dessas relações e dos papéis sociais) pois visa conservar energia e adaptar-se à proximidade da morte. Em nível sistêmico, postula ser funcional para a sociedade o afastamento gradativo do idoso, em virtude de sua incapacidade para acompanhar o ritmo e as demandas do mundo produtivo (CUMMING e HENRY, 1961 apud GOMES e col., 2007).

Contrária à essa teoria, a **“teoria do engajamento social”** postula que a manutenção do engajamento social no envelhecimento é possível e benéfica. Engajamento social é definido como a manutenção das conexões sociais a partir de um alto nível de participação em atividades sociais. Sugere que o engajamento produtivo compreende uma forma distinta de atividade e um importante elemento de manutenção e recuperação da saúde e funcionamento dos idosos. (ROWE E KAHN 1987, SVANBORG 2001).

ROWE E KAHN (1987) referem que engajamento com a vida, manutenção de contatos íntimos, e de atividades significativas são essenciais para o envelhecimento bem sucedido constituindo comportamento fundamental para a manutenção da saúde física e mental no envelhecimento. A diminuição de interação social, decorrente de fatores como a perda de papéis e diminuição das habilidades físicas e mentais, resulta em deterioração do auto-conceito, declínio da auto-estima e da satisfação com a vida.

A **“teoria da atividade”** (HAVINGHURST 1968 apud JENKINS e col.,2002) relaciona atividade com satisfação, qualidade de vida e saúde. Influenciada pela teoria de desenvolvimento de Erikson, agrega o conceito de continuidade da participação em atividades ao processo de envelhecimento, juntamente com a importância dos contatos sociais significativos. A atividade e o envolvimento são considerados comuns ao envelhecimento e importantes para o auto-conceito e auto-avaliação positivos. Nessa teoria existem dois pontos principais sobre a influência da atividade na satisfação com a vida: *freqüência do engajamento na atividade e graus de intimidade e importância da atividade.*

A freqüência de engajamento nas atividades é importante para a satisfação de vida e bem-estar no envelhecimento, pois permite manutenção e/ou ampliação das redes sociais, substituição de atividades e de papéis sociais. As atividades desempenhadas com maior freqüência estão relacionadas às preferências e necessidades dos idosos. O nível funcional de idosos com elevadas freqüências de engajamento em atividades é comparado ao nível funcional de adultos de meia idade. (JENKINS e col.,2002)

O grau de intimidade e de importância reflete o envolvimento com a atividade, principalmente com relação à familiaridade na sua realização, domínio das habilidades necessárias e o prazer obtido com o desempenho. As relações pessoais de maior proximidade construídas muitas vezes durante o desempenho de atividades sociais são fontes de apoio emocional e material. Deste modo, diferentes tipos de atividades podem exercer efeitos diversos sobre a saúde e satisfação com a vida. (JENKINS e col.,2002)

O **“modelo de adaptação”** de Roy de 1968 (SOUZA e col., 1989) concebe a pessoa que recebe os cuidados como indivíduo ou membro de um grupo pertencente a um sistema holístico adaptativo em interação com o meio interno e externo, recebendo estímulos e reagindo por meio de mecanismos que visam promover a adaptação desses dois meios. Os estímulos provêm do meio ambiente e se encontram em constante mudança. A combinação dos estímulos compõe o nível de adaptação do indivíduo, sua capacidade de enfrentamento às mudanças do ambiente. A resposta da pessoa pode ser eficaz (adaptação) ou ineficaz (desadaptação). As respostas positivas ou negativas podem ser observadas nas categorias: fisiológica, autoconceito, desempenho de papel e interdependência.

Na **teoria do “combolo social”** (DOWD,1975 apud RAMOS,2002) o relacionamento recíproco entre indivíduo e sociedade, produz efeitos para ambas as partes. Com o envelhecimento há um desequilíbrio dessa razão de custo-benefício em decorrência de diminuições nos recursos físicos, intelectuais e sociais. O idoso pode restabelecer o equilíbrio desta relação com o aumento de seus recursos pessoais e ambientais. Se isso não ocorrer, ele pode assumir uma posição de submissão, levando-o ao desígnio de papéis que lhe foram estabelecidos externamente e que podem ser prejudiciais à sua saúde e bem-estar.

Segundo a **teoria da “continuidade”** (ATCHLEY, 1999), no envelhecimento ocorre uma interação entre indivíduo e sociedade sendo o indivíduo o responsável por suas escolhas: positivas ou negativas. Considera-se que os indivíduos preservam suas estruturas psicológicas, interna e externa, no ambiente social e físico por meio de escolhas adaptativas o que estabelece o senso de continuidade entre passado e

presente e favorece o auto-conceito e a auto-realização durante o processo de envelhecimento.

O **“modelo ecológico”** leva em consideração a competência individual frente às demandas ambientais. Para este modelo cada indivíduo responde a uma zona de demanda ambiental, o que pode conduzir ao ajustamento, conforto e desempenho ou resultar em comportamento deficiente. O funcionamento eficiente é obtido pelo equilíbrio (adaptação) entre o desempenho do indivíduo e as características do contexto. Barreiras e facilitadores ambientais podem contribuir na realização de atividades, de modo a promover ou dificultar estratégias adaptativas com atividades e disposições adequadas aos níveis de demanda dos indivíduos. Isso é ainda mais importante no envelhecimento, onde as capacidades diminuem e as demandas do ambiente se tornam maiores (TOMAZINI e ALVES, 2007).

Baltes, Reese e Lipsitt, em 1980, propuseram a **teoria do “curso de vida”**, abordagem essa que concebe o desenvolvimento durante toda a vida, como multidirecional, multifuncional e influenciado pelo contexto histórico. Segundo essa teoria busca-se continuamente um equilíbrio entre os ganhos e as perdas que são vivenciadas ao longo do curso de vida, com o envolvimento de fatores biológicos e psicossociais. Além disto, referem a importância da plasticidade, em que as perdas podem ser compensadas e ou minimizadas pela utilização de capacidades de reserva. Isto resulta em uma grande variabilidade de condições entre os indivíduos. Os ganhos são mais preponderantes na infância, e as perdas, no envelhecimento (BALTES & SILVERBERG, 1995).

Para o alcance do envelhecimento bem-sucedido a teoria do curso de vida estabelece alguns pressupostos (BALTES & SILVERBERG, 1995), como

- a) O desenvolvimento apresenta variabilidade individual;
- b) Existem diferenças marcantes entre envelhecimento normal, ótimo e patológico;
- c) O potencial de desenvolvimento permanece durante o processo de envelhecimento;

- d) Os prejuízos deste período podem ser minimizados pela ativação das capacidades de reserva para o desenvolvimento;
- e) As perdas cognitivas podem ser compensadas por ganhos no domínio da inteligência prática;
- f) O equilíbrio entre ganhos e perdas torna-se menos positivo no processo de envelhecimento.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OMS,1998) o envelhecimento bem-sucedido relaciona-se à prevenção de doenças e deficiências, à manutenção de altas funções físicas e cognitivas, com enfoque na capacidade funcional e à participação em atividades sociais e produtivas.

A abordagem do “*ciclo de vida*” baseia-se na hipótese de que os componentes genéticos estão associados às condições intra-uterinas e, posteriormente, às condições ambientais da primeira infância, influenciando o desenvolvimento de doenças crônicas na vida adulta e na velhice (KUH e col.,2003). Avanços nesta teoria incorporaram o conceito de períodos críticos do crescimento e desenvolvimento, como fases de vulnerabilidade social e psicológica, também na infância e adolescência, onde são desenvolvidas as principais capacidades cognitivas, os hábitos, as estratégias para enfrentar a vida, as atitudes e valores que acompanharão os indivíduos ao longo do ciclo vital.

Na perspectiva do ciclo de vida, há três variáveis que explicam as mudanças observadas com o desenvolvimento: a idade, a coorte e os acontecimentos de vida. A interação entre fatores pessoais e sociais constitui um amplo quadro de referência com múltiplas abordagens teóricas, envolvendo aspectos relacionados à continuidade e descontinuidade, multilinearidade e multidimensionalidade (FONSECA,2007).

A teoria do ciclo de vida incorpora conhecimentos das áreas de psicologia, sociologia e epidemiologia permitindo avaliar os riscos cumulativos e potencializados de experiências da infância, da adolescência e dos primeiros anos da vida adulta e suas conseqüências sobre a saúde na idade madura e no envelhecimento. Tais efeitos adquirem caráter coletivo, sendo transmitidos às gerações futuras.

As condições socioeconômicas ao longo da vida constituem importantes determinantes dos riscos de saúde e doença na idade adulta. Na perspectiva do ciclo de vida, pesquisas sobre desigualdades sociais em relação à saúde visam analisar e intervir sobre comportamentos e situações potencialmente modificáveis, como experiências e exposição a determinados fatores de risco nas diferentes fases da vida. Seu acúmulo gera variabilidade nas condições de vida e saúde que influenciam a morbimortalidade observada no envelhecimento. (MENDES DE LEON, 2001).

A partir dessa nova visão, a Organização Mundial de Saúde passou a adotar abordagens que integrassem os conhecimentos teóricos à multi-causalidade dos fatores associados ao envelhecimento com qualidade de vida, como pode ser observado nos conceitos de Envelhecimento Bem-Sucedido (OMS,1998) e Envelhecimento Ativo (WHO/OMS, 2005).

A abordagem do “*envelhecimento bem-sucedido*” tem por base a teoria do curso de vida (ROWE E KAHN,1998) e assim, direciona ao indivíduo a responsabilidade pelas escolhas e comportamentos adotados durante a vida. Serão eles os determinantes da habilidade em se evitar doenças, incapacidades e os fatores de risco a elas relacionados; em manter alto nível de capacidades físicas e mentais para independência nas atividades cotidianas; e em manter ou recuperar o engajamento social por meio da realização de atividades sociais e produtivas. Nesse contexto, o tamanho da rede social e a qualidade dos relacionamentos são determinantes de bem-estar e qualidade de vida na velhice cabendo aos poderes públicos a criação de políticas que permitam a promoção da saúde, a recuperação de agravos e a promoção das interações sociais no envelhecimento (OMS,1998).

Para melhor atenção às necessidades da população idosa, adequadas ao tempo e espaço da sociedade atual, a Organização Mundial de saúde (2002) propôs um novo paradigma sobre envelhecimento, intitulado “*Envelhecimento Ativo*”.

Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, visando melhoria da qualidade de vida

das pessoas idosas. Possibilita o conhecimento de suas reais potencialidades para obtenção do bem-estar físico, mental e social, com participação nas atividades sociais e comunitárias, de acordo com suas capacidades, necessidades e desejos, além de identificar demandas de proteção e segurança adequadas (OMS, 2005).

A abordagem do envelhecimento ativo incorpora conceitos das Teorias do Engajamento, Atividade, Curso de vida e Ciclo vital, além das diferentes abordagens sobre incapacidade. Representa um avanço dos conceitos de envelhecimento bem-sucedido e de envelhecimento saudável, incorporando os conhecimentos mais atuais sobre saúde e qualidade de vida. Nota-se neste paradigma superação da idéia de responsabilização individual pelas conseqüências negativas da saúde do idoso, com transferência da responsabilidade para a promoção da saúde à sociedade como um todo. Saúde, dessa forma, encontra-se em um campo transdisciplinar, com conexões nos campos da educação, trabalho e demais condições de vida.

Para o envelhecimento ativo, a existência humana é considerada um processo contínuo onde, os comportamentos em fases iniciais da vida, influenciam as condições em que se vivenciará o processo de envelhecimento. Características biológicas, emocionais e sócio-ambientais, exercem influência nas condições de saúde, na capacidade funcional e na qualidade de vida. Fatores como cultura, gênero, condições socioeconômicas, acessibilidade física e social, comportamentos decorrentes do estilo de vida, qualidade do engajamento em atividades, capacidade de resiliência, presença de doenças crônicas e agravos não transmissíveis, transtornos psicológicos, extensão da rede de contatos e apoio sociais podem representar fatores protetores ou de risco sobre a manutenção da capacidade funcional no envelhecimento.

Os **fatores culturais** influenciam a concepção e abordagem da pessoa idosa e do envelhecimento perante a sociedade, sua valorização e tratamento. Influenciam ainda os comportamentos adotados perante a vida como a participação social, a inclusão em grupos comunitários, o envolvimento em atividades culturais e de lazer, bem como a adoção de

comportamentos mais saudáveis e a execução de melhores cuidados com a saúde (OMS, 1998; OMS, 2005).

Homens e mulheres exibem padrões distintos de comportamento e envolvimento em atividades, tornando necessária a adequação das políticas públicas e a implantação de serviços relacionados à saúde e bem-estar que considerem a questão de **gênero**.

Em algumas culturas, as mulheres são desvalorizadas, tendo menor acesso às atividades educacionais, culturais e de trabalho, responsabilizando-se, apenas, pelos afazeres domésticos e cuidados dos familiares que assim necessitarem. Esses papéis foram se transformando com o transcorrer do tempo e atualmente, em muitos lugares, as mulheres estão mais envolvidas em novas redes de relações sociais e formas alternativas de preenchimento do tempo livre (OMS, 2005).

Embora as mulheres tenham uma expectativa de vida superior à dos homens, elas apresentam maiores comprometimentos funcionais em todas as idades. A menor expectativa de vida masculina está relacionada à maior exposição dos homens à violência e às lesões incapacitantes ou morte, decorrentes dessas, aos riscos ocupacionais, ao suicídio e à adoção de comportamentos menos saudáveis, como dependência química de tabaco, álcool e outras drogas ilícitas.

Os **fatores psicológicos**, como inteligência, capacidade de resolução de problemas e resiliência (saber superar adversidades e adaptar-se às novas condições apresentadas) são facilitadores de um envelhecimento ativo e de uma maior longevidade. Durante o processo de envelhecimento fisiológico notam-se perdas na velocidade e flexibilidade de pensamento e na memória de curta duração que estão associados ao desuso, depressão, estilo de vida, fatores emocionais e sociais. Outros fatores psicológicos, tais como a auto-eficácia (crença na capacidade de exercer controle sobre sua própria vida) se encontram relacionados a escolhas e comportamentos adotados durante o envelhecimento. Características psicossociais, tais como níveis de auto-estima e de autoconfiança refletem uma satisfação com o curso de vida e sentimento de eficácia pessoal, os quais poderiam prevenir o desenvolvimento de limitações funcionais (OMS, 2005).

O estado de saúde, incluindo a **auto-percepção de saúde** e a capacidade funcional, pode, de maneira óbvia, exercer efeito potencial sobre a capacidade funcional futura. A auto-percepção de saúde é muito sensível à piora da qualidade sistêmica de vida que, muitas vezes, está relacionada à presença de limitações funcionais. Segundo dados da OMS (2005), uma má percepção de saúde pode prever uma piora do nível funcional em um período subsequente de dois anos, bem como o baixo nível de capacidade funcional associa-se a uma má percepção de saúde. (OMS, 2005)

Acredita-se que um alto nível de **atividade física** durante alguns anos melhore a capacidade funcional, baseado no princípio de uso e perda (VERBRUGGE E JETTE, 1994). O exercício físico é considerado um fator protetor para o desenvolvimento de doenças e incapacidades e é apresentado pela OMS (1998) como uma ferramenta principal nas ações promotoras de saúde.

Segundo VALLA (1999), a **rede social** é representada pela totalidade de relações percebidas como significativas pelas pessoas. Envolve uma conexão de relacionamentos, interagindo com diversas formas de apoio social, recursos institucionais e organizacionais disponíveis. O **apoio social**, por sua vez, envolve qualquer informação ou auxílio material fornecido por grupos ou pessoas com as quais se mantém contatos sistemáticos, e que geram efeitos emocionais ou comportamentos positivos. Estabelece uma relação recíproca de benefícios entre os provedores e os receptores do apoio.

As pessoas idosas, em consequência da perda de parentes e amigos, são mais vulneráveis à redução de seus grupos sociais, isolamento social e solidão. Estudos apontam que uma maior rede de **apoio social** está relacionada a maiores níveis de bem-estar sendo considerado importante fator para o alcance de uma vida ativa e satisfatória no envelhecimento. (FONE e LUNDGREN-LINDQUIST, 2002)

As relações sociais podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental. Alguns estudos colocam as relações sociais como moderadoras do estresse em pessoas que vivenciam problemas de saúde, a morte do cônjuge ou mesmo crises financeiras

(SILVERSTEIN E BENGTON, 1992). GRAY e col. (1992) verificaram que a satisfação com a vida é influenciada pelo modo como as pessoas se sentem sobre os seus relacionamentos interpessoais e que o apoio social desempenha um papel importante nesse processo.

Os efeitos positivos do suporte social fornecidos pelas famílias (emocional ou funcional) estão associados com sua utilidade. Quando de sua existência espera-se que as pessoas idosas sintam-se amadas, seguras para lidar com problemas de saúde e tenham maior auto-estima (RAMOS,2002).

O *Envelhecimento Ativo* destaca a importância da manutenção da capacidade funcional no envelhecimento, com a criação de estratégias promotoras de saúde e de recuperação precoce dos prejuízos funcionais. Para tanto, necessita-se de uma melhor compreensão dos modelos de funcionalidade e de avaliação da capacidade funcional do idoso.

1.2 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS

Segundo KANE e KANE (2000), capacidade funcional se refere à *“capacidade de desempenhar tarefas e atividades que as pessoas julgam ser necessárias ou desejáveis em suas vidas”*. A complexidade do termo capacidade funcional envolve o entendimento de conceitos de incapacidade, deficiência, desvantagem, autonomia e independência. Ao se estudar os fatores associados à capacidade funcional encontram-se definições não muito claras e o uso indistinto de diferentes termos como estado funcional, capacidade e incapacidade funcional, desempenho funcional, entre outros. (BECKER e COHEN, 1984).

Capacidade funcional pode ser considerada como um dos parâmetros mais importantes para o envelhecimento ativo. Apresenta forte associação com saúde e funcionalidade (CAMARGO, 2004; GREINER e col., 1996; BERNARD e col., 1997; SCOTT e col., 2003; ALIYU e col., 2003). A manutenção da capacidade funcional das pessoas idosas coloca-se como uma das principais metas das políticas assistenciais voltadas a esse grupo populacional.

Segundo KALACHE e KICKBUSCH (1997) há um incremento da capacidade funcional na infância, estabilização na vida adulta e declínio no envelhecimento sendo que, nessa fase, ocorre uma grande variabilidade decorrente do estilo de vida, condições biológicas, físicas e sociais do idoso.

Diferentes modelos teóricos foram desenvolvidos para explicar os diversos níveis de incapacidade física (VERBRUGGE e JETTE, 1994; POPE e TARLOV, 1991; NAGI, 1976). Em todos eles o conceito de incapacidade resulta da relação entre saúde individual, contexto ambiental, atributos pessoais e fatores psicossociais.

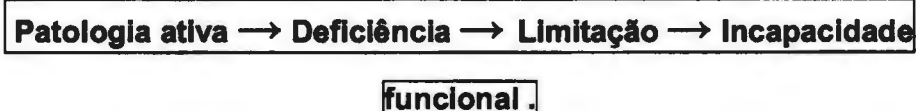
Nagi (1976) propôs um dos primeiros modelos (figura 2) a considerar a questão da incapacidade apresentando quatro conceitos principais:

1. patologia ativa,
2. deficiência,
3. limitação funcional e
4. incapacidade funcional.

A incapacidade, nesse modelo, é compreendida como dificuldades no desempenho de papéis sociais e atividades relacionadas ao trabalho, à família ou à vida independente.

Esse modelo caracteriza-se por sua unidirecionalidade onde, uma vez iniciado o processo, torna-se impossível o retorno à condição anterior.

Figura 2. Modelo Nagi, 1976.



A OMS, em 1980, propôs a *Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens* (ICIDH) associando “incapacidade” às condições físicas do indivíduo e ao nível biológico (anormalidade funcional ou estrutural do corpo); “deficiência” à limitação de atividades devido à incapacidade causando impacto negativo no desempenho do indivíduo e “desvantagem” à limitações em termos do desempenho de um papel social, como consequência da incapacidade e/ou deficiência (figura 3).

Este modelo mostrava-se, também, como unidirecional não possibilitando mudanças de estado, ou seja, o advento de condições de desvantagens não poderiam ser revertidos.

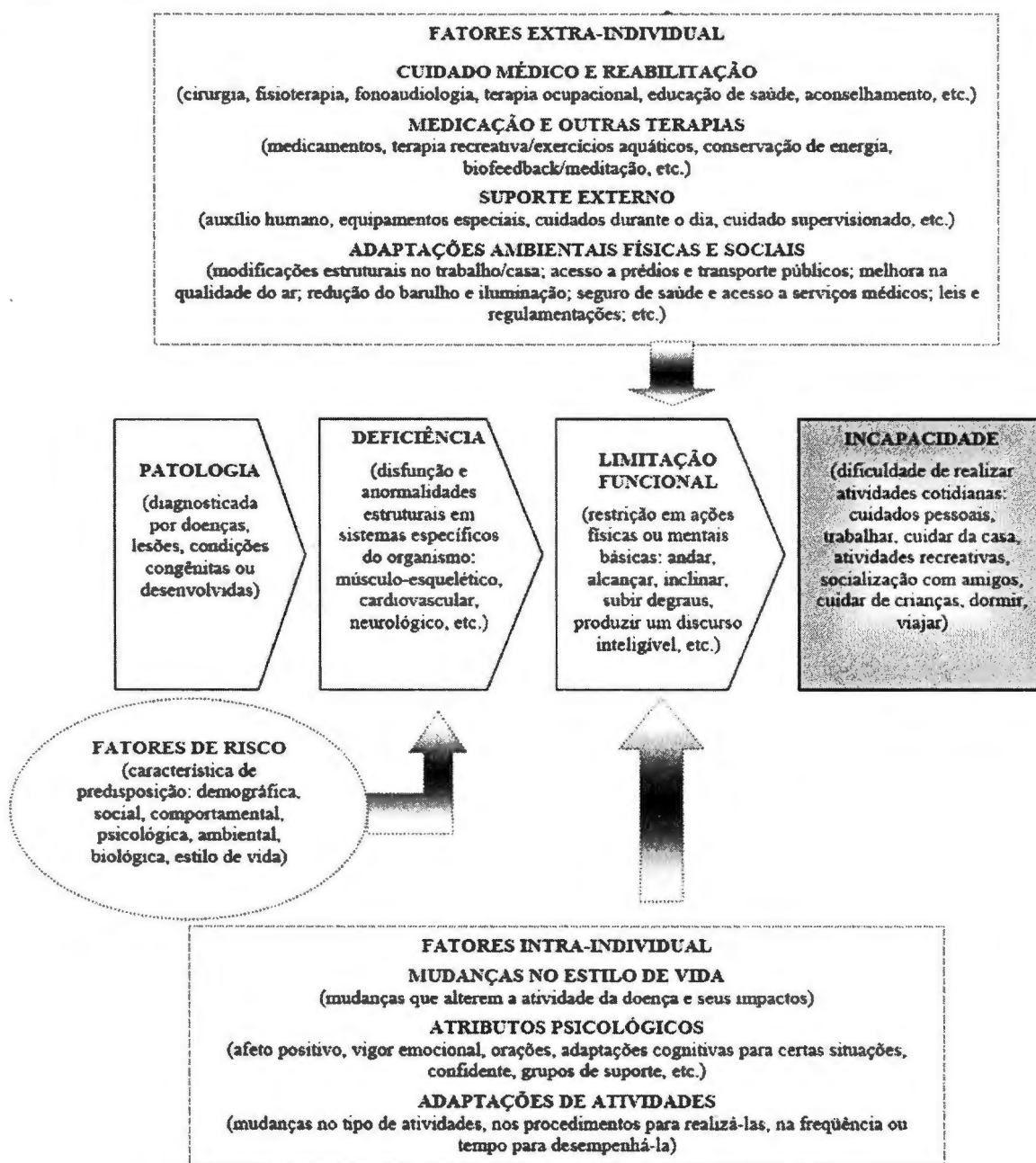
Figura 3. Modelo ICIDH (OMS, 1980).



Em 1994, VERBRUGGE e JETTE (1994), com base no modelo de Nagi e no ICIDH, propuseram que fatores pessoais e ambientais poderiam influenciar a velocidade de instalação do processo de incapacidade. Essa é definida como qualquer dificuldade para desempenhar atividades em qualquer domínio de vida, esteja ela relacionada à saúde ou à qualquer

problema físico. Segundo os autores esse processo pode ser interrompido ou modificado, evitando ou postergando a instalação da incapacidade ou que novas doenças e disfunções sejam acrescentadas às incapacidades. (figura 4)

Figura 4. Processo de incapacidade (VERBRUGGE e JETTE ,1994)



Fonte: VERBRUGGE & JETTE, 2004 apud CAMARGO (2004).

Em 2001, a OMS (WHO, 2002) substituiu o ICDH pela *Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)*, que incorpora os conhecimentos dos modelos anteriormente descritos e abandona a linearidade e unidirecionalidade do processo de incapacidade, passando a considerar as suas múltiplas dimensões e interconexões. Além disso, dá ênfase à relação indivíduo-sociedade, considerando o ambiente como facilitador ou barreira à participação, permitindo dessa forma, que intervenções possam ser delineadas de forma que a incapacidade não resulte, necessariamente, em menor funcionalidade.

Na CIF são consideradas três dimensões de funcionalidade:

- a) corpo (função e estrutura),
- b) atividades,
- c) participação.

As *funções do corpo* são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas). As *estruturas do corpo* incluem as partes anatômicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes. *Deficiências* são problemas nas funções ou na estrutura do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda. *Atividade* refere-se à execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. *Participação* é o envolvimento em determinada situação da vida. *Limitações da atividade* são dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades. *Restrições na participação* são problemas que um indivíduo pode experimentar no envolvimento em situações reais da vida. (WHO,2003)

Figura 5. Modelo CIF – Níveis funcionalidade (WHO, 2003)



A capacidade funcional é tradicionalmente medida por meio de escalas padronizadas que comparam a capacidade observada com as médias obtidas para a idade e o gênero considerados. No entanto, uma pessoa pode ter capacidade para realizar alguma atividade e não fazê-la surgindo assim, outro conceito importante, *desempenho funcional*.

Desempenho funcional refere-se ao conjunto de atividades realizadas pelo indivíduo em seu cotidiano, com a influência de componentes biológicos, psicológicos e ambientais e parâmetros como qualidade e segurança. Pode ser medido de forma direta, a partir da observação do desempenho propriamente dito ou, de forma indireta, por meio de informações referidas pela pessoa idosa, seus familiares ou cuidadores. A partir do desempenho funcional pode-se inferir a capacidade da pessoa manter uma vida comunitária independente e segura ou determinar quando seriam necessárias intervenções (RUBENSTEIN e col. 1988).

O funcionamento independente é importante para o bem-estar e para a qualidade de vida da pessoa idosa. A habilidade para desempenhar as atividades de vida diária é uma medida comumente utilizada para determinar o estado funcional do indivíduo. O estado funcional pode ser entendido como o produto de três fatores (KANE e KANE, 2000):

- a) intrínsecos (incluindo aspectos biológicos e comportamentais),
- b) cuidados recebidos (formais e informais)
- c) ambiente (incluindo ambiente físico, psicológico e social).

O conceito de atividades de vida diária começou a ser utilizado na década de sessenta, quando Katz (KATZ e col., 1963) e Barthel (MAHONEY e BARTHEL, 1965) construíram os primeiros índices com o objetivo de avaliá-las. Basicamente, estas escalas medem a capacidade auto-referida das pessoas para a execução, de forma independente, de tarefas relacionadas ao autocuidado. O *Índice de Independência de Katz* avalia as denominadas "atividades básicas de vida diária" (ABVDs). Costuma ser o mais utilizado para estudos individuais e para avaliar a habilidade de executar essas funções de forma independente. A escala consiste em seis

funções em ordem hierárquica segundo grau de complexidade: banho, vestuário, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação.

Há divergências quanto à ordem hierárquica das atividades como, por exemplo, o especificado por DUNLOP e col. (1997) que estabeleceram a seguinte ordem: caminhar, banhar-se, transferir-se, vestir-se, usar o toalete, alimentar-se. Em estudos populacionais, a avaliação das ABVDs tem sido usada tradicionalmente para observar mudanças funcionais e prever resultados de saúde.

LAWTON e BRODY (1969) introduziram o termo atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) em 1969, referindo-se às atividades que envolvem maior complexidade para sua execução quando comparadas às ABVDs devido às exigências neuropsicológicas e a influência de fatores sociais, motivacionais e contextuais para manutenção da vida independente. A Escala de Lawton e Brody inclui oito atividades: uso do telefone, fazer compras, preparo de refeição, fazer faxina, lavar roupa, usar meio de transporte, tomar medicações e gerenciamento financeiro. As AIVDs reúnem componentes físicos e cognitivos e algumas atividades, como compras, preparação de refeições e execução de trabalhos domésticos, incluem também papéis sociais, sendo observadas diferenças entre os sexos. Os itens da escala são classificados quanto à assistência necessária.

A partir do trabalho de LAWTON e BRODY (1969), o termo AIVD passou a ser amplamente utilizado na literatura científica internacional, no entanto, com a inclusão de atividades diferentes das relacionadas no conceito original. Segundo a American Occupational Therapy Association (AOTA, 1994), são consideradas AIVDs: cuidar de animais, cuidar de crianças, utilizar sistemas de comunicação (por exemplo, o telefone), mobilidade na comunidade (uso de transporte), manutenção da saúde (p.ex. administração dos próprios medicamentos), controle do domicílio. Esse último, de acordo com a Terminologia uniformizada para a Terapia Ocupacional (AOTA, 1994) divide-se em: cuidados com as roupas, limpeza, higiene e preparação de refeições, compras, controle do dinheiro, manutenção da residência e procedimentos de segurança e respostas de emergência.

A hipótese de perda hierárquica das habilidades funcionais em ordem de complexidade decrescente com início pelas atividades instrumentais seguida pelas atividades básicas de vida diária foi confirmada no estudo de RAMOS e col (1993) e, mais recentemente, pelo Estudo SABE. Os autores utilizaram o escalograma de Guttman e estabeleceram uma ordem hierárquica decrescente de perda e habilidades: compras, utilizar transporte, cuidar das finanças, tomar medicamentos apropriadamente. Após este conjunto de atividades, as ABVD que envolvem função física são as próximas a serem afetadas: continência, caminhar no plano, vestir-se, banhar-se, alimentar-se, cuidar da aparência, ir ao banheiro, levantar-se da cama.(RAMOS e col ,1993)

A independência nas ABVDs e AIVDs é utilizada como parâmetro para auxiliar a decisão de permanência independente ou assistida na comunidade ou a necessidade de institucionalização. As escalas que avaliam as ABVDs foram elaboradas por meio de estudos desenvolvidos com idosos institucionalizados e não envolviam as AIVDs.

O uso exclusivo das escalas de ABVDs e AIVDs, no entanto, pode ter pouca sensibilidade para detectar leve prejuízo funcional em idosos na comunidade. (CHAIMOWICZ, 1997) Segundo PASCHOAL (2002), a perda das habilidades funcionais começa pelas atividades mais complexas e menos básicas, pois são influenciadas pelo aprendizado e pelas questões culturais.

Dessa forma, torna-se necessária a contemplação de outro conjunto de atividades na avaliação de idosos independentes, com envolvimento de atividades cotidianas mais complexas, com o objetivo de detectar prejuízos iniciais que possam prever quadros futuros de incapacidades, delineando-se precocemente as intervenções preventivas e/ou de reabilitação necessárias.

1.3 ATIVIDADES AVANÇADAS DE VIDA DIÁRIA (AAVDs) COMO COMPONENTE DA FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS

A discussão inicial sobre a incorporação de outro grupo de atividades na avaliação funcional do idoso iniciou-se com RUBENSTEIN e col. (1988), mediante conceitos sobre a avaliação geriátrica ampla e avaliação funcional do idoso. Esses autores destacaram a necessidade de incorporação de atividades mais complexas do que as comumente avaliadas pelas AVD e AIVD, com a inclusão das áreas de funcionamento físico, mental e social, desempenhados em casa e na vida comunitária.

As medidas de funcionamento devem incluir desde itens básicos da vida diária, como comer, vestir-se, banhar-se, caminhar, até níveis mais complexos como gerenciar finanças, visitar amigos e parentes. O estado funcional é o resultado final da saúde de uma pessoa, bem estar e enfrentamento. (RUBENSTEIN e col. 1988).

Em continuidade à reflexão anterior, REUBEN e SOLOMON (1989) discutiram a importância da avaliação geriátrica abrangente e as confusões com o termo avaliação funcional, definida como a capacidade de completar tarefas funcionais e desempenhar os papéis sociais. Neste artigo há a proposição do uso dos três níveis funcionais de atividade: básicas, intermediárias e avançadas. Sugeriu-se a associação destas últimas à melhor avaliação cognitiva e manutenção de excelente qualidade de vida, mesmo que não estejam diretamente relacionadas à manutenção de uma vida independente. Além disso, levanta-se a hipótese de que um leve declínio no desempenho dessas atividades poderia representar um preditor precoce de um declínio funcional mais sério. Funções sociais incluem atividades sociais, relacionamentos, atividades comunitárias, atividades religiosas e emprego. (REUBEN E SOLOMON, 1989).

Segundo REUBEN e SOLOMON (1989), as AAVDs são atividades voluntárias, específicas para cada indivíduo e influenciadas por fatores socioculturais e motivacionais. Os autores defenderam a necessidade de aprofundamento no estudo destas atividades, sugerindo sua correlação com

a qualidade de vida e saúde mental dos idosos, além de serem preditoras de declínio funcional progressivo em fase inicial. Discute-se o caráter voluntário das atividades com relação às atividades produtivas, especialmente trabalho e cuidado de outros.

Apesar da importância do novo conceito estabelecido, poucos estudos foram realizados com o uso do termo AAVDs, dificultando a avaliação de seus possíveis impactos sobre a qualidade de vida e saúde no envelhecimento.

A partir do conceito CIF (2001) de *participação*, percebe-se que o envolvimento em AAVDs envolve aspectos além do nível físico funcional. Participar de alguma atividade não é o mesmo que gastar o tempo em sua execução ou realizá-la com determinada frequência. O conceito de participação refere-se ao desempenho real, ou seja, ao envolvimento e engajamento em determinada atividade. Muito frequentemente, interesse, motivação e percepção de bem-estar representam componentes contidos no conceito de engajamento. Dados referentes à participação nas atividades devem atender aos interesses e limitações no desempenho das mesmas, além de medidas de frequência de sua realização, considerando-se a complexidade das atividades de lazer. (LLOYD e AULD, 2002).

A avaliação das atividades avançadas de vida diária não é, na prática clínica, realizada de forma sistemática e não foi incorporada à avaliação gerontológica. Poucos autores tem se dedicado ao estudo das AAVDs na avaliação funcional do idoso, apesar do interesse crescente pela realização de pesquisas sobre a importância da participação da pessoa idosa em atividades sociais, produtivas e de lazer na melhoria de suas condições de saúde e de qualidade de vida.

Devido ao fato das AAVDs não serem consideradas essenciais para a manutenção da independência da pessoa idosa e, além disso, possuírem caráter subjetivo, uma ampla variedade de classificações pode ser esperada. Segundo RUBENSTEIN e col. (1988) é improvável a existência de uma escala que possa medir exatamente quais atividades estariam envolvidas nesse conjunto.

É consenso na literatura científica e prática clínica a inclusão das ABVD e AIVD na avaliação do estado funcional do idoso. Entretanto, as AAVD não costumam ser incluídas na avaliação geriátrica e são confundidas com o grupo das AIVD.

Os impactos do desempenho das AAVDs no envelhecimento foram pouco explorados. O conhecimento do impacto da realização de AAVDs sobre aspectos de saúde e bem-estar no envelhecimento, aliados aos efeitos associados ao seu desempenho permitirão justificar, de forma mais consistente, a decisão de sua inclusão ou não nas políticas públicas direcionadas ao público idoso.

Considerando-se a necessidade de melhor definição das atividades incluídas no conjunto das AAVDs, dos fatores associados à sua realização e de seu impacto sobre saúde, funcionalidade e qualidade de vida no envelhecimento, faz-se necessária a realização de uma revisão bibliográfica sobre o tema, com o envolvimento de bases de dados de literatura científica no campo das ciências humanas e de saúde: Medline, Journals Storage, Pubmed, Scielo, Muse e Lilacs.

2. OBJETIVOS

Foram objetivos deste estudo de revisão:

1. Identificar o impacto e os fatores associados à prática de atividades sociais, produtivas e de lazer pelas pessoas idosas.

2. Identificar e analisar as publicações existentes na literatura científica, em nível nacional e internacional, sobre atividades avançadas de vida diária no período de 1984 a 2009 considerando:
 - terminologia,
 - delineamentos de estudo,
 - conceitos utilizados,
 - classificação proposta,
 - relevância científica,

3. Elaborar uma proposta de classificação para as AAVDs.

3. MATERIAL E MÉTODO

Foram pesquisadas bases de dados dos campos da saúde e das ciências humanas com o objetivo de identificar publicações existentes sobre envelhecimento que utilizassem a terminologia “atividade(s) avançada(s) de vida diária – AAVD” ou termos correspondentes a estas: atividades sociais, produtivas e de lazer. Foram acessadas as bases de dados (Medline, Lilacs, Pubmed, Journal Storage, MUSE, Scielo) no período de 1984-2008. A escolha da data inicial deve-se à década de publicação de RUBENSTEIN e col. (1988), considerado como o primeiro estudo que mencionou a importância da incorporação das atividades de maior complexidade na avaliação geriátrica abrangente.

Optou-se inicialmente pela utilização dos descritores MESH, os quais consistem em vocabulário controlado utilizado na MEDLINE com o objetivo de recuperar informação sobre um mesmo conceito que pode aparecer de diferentes formas terminológicas nos estudos. No entanto, associado ao reduzido número de referências localizadas sobre AAVDs, ampliou-se a busca com o uso de palavras relacionadas ao tema nas mesmas bases de dados. Cabe esclarecer que a busca por palavras é aleatória e retirada de textos de linguagem livre. Outra estratégia utilizada foi a busca manual em listas das referências utilizadas nos artigos selecionados e bases de dados das principais universidades brasileiras.

Realizou-se, então, nova busca com a inclusão dos grupos de atividades sociais, produtivas e de lazer e envelhecimento, com o uso de conectores e/ou das mais variadas formas, visando encontrar estudos que avaliassem separadamente ou conjuntamente os conjuntos de atividades. Não foi possível realizar uma busca padronizada, com o uso dos mesmos descritores e palavras nas diferentes bases de dados, associada às divergências dos descritores que são utilizados nas bases de dados nos campos das ciências humanas e saúde e pelos próprios autores em seus estudos.

Na tabela 1 estão explicitados os descritores e palavras utilizadas para a busca:

- a) atividades avançadas de vida diária e idosos,
- b) atividades produtivas e idosos,
- c) atividades sociais e idosos,
- d) atividades de lazer e idosos,
- e) atividades sociais e produtivas e idosos,
- f) avaliação geriátrica e idosos.

Tabela 1. Resultados encontrados de busca bibliográfica sobre atividades avançadas de vida diária e pessoas idosas. São Paulo. 2009.

BASE DE DADOS CONSULTADA	DESCRITORES/PALAVRAS UTILIZADAS	TOTAL DE REFERÊNCIAS ENCONTRADAS
Medline	Idoso AND atividades de lazer AND avaliação geriátrica	55
	Atividades avançadas de vida diária	0
	Idoso AND capacidade funcional	50
	Idoso AND atividades sociais	27
Journals storage (Jstor)	Advanced activities of daily living	0
	Elderly AND activity AND social OR leisure OR productive AND function AND assessment	228
Pubmed	Elderly leisure social assessment activity	161
	Elderly assessment activity productive	1
	Advanced activities of daily living	15
	Advanced activities of daily living and elderly AND social activities	146
SciELO	Atividades avançadas de vida diária	0
	Idoso AND lazer	18
	Idoso AND atividades sociais	27
	Idoso AND produtivas	02
Muse	Elderly AND leisure AND social AND activity AND function AND assessment	49
	Advanced activities of daily living	0
	older AND people AND activities AND social OR productive OR leisure	1313
Lilacs	Idoso AND atividades AND sociais OR lazer	23
	Atividades avançadas de vida diária	1
	Idoso AND atividades produtivas	4

Deste modo, objetivou-se conhecer como os grupos de atividades envolvidas nas AAVDs são estudadas na literatura científica internacional, quais os termos e conceitos utilizados e impactos sobre a saúde e qualidade de vida do idoso. Extraíram-se dos textos as definições utilizadas para as Atividades Avançadas de Vida Diária e outras nomenclaturas relacionadas às mesmas, de forma que a análise comparativa dos resultados obtidos permitisse a construção de um referencial teórico sobre o tema.

Foram utilizados como critérios de inclusão a referência ao tema AAVD e envelhecimento, ou às atividades sociais, produtivas, físicas e de lazer junto à população idosa. Para melhor qualidade dos estudos optou-se por selecionar trabalhos advindos de publicações em periódicos, capítulos de livros, dissertações e teses.

Realizou-se o cruzamento das referências encontradas nas diferentes bases de dados utilizadas, de maneira a eliminar estudos duplicados. Foram lidos os resumos, a partir dos quais, selecionou-se 212 estudos (35 com a terminologia AAVDs e 176 com outras terminologias).

Após a leitura completa dos textos, os estudos foram divididos em duas planilhas no programa Excel for Windows 2007, uma com o uso da terminologia AAVD, outra com as demais terminologias encontradas para as atividades sociais, produtivas e de lazer. Esta última foi subclassificada de acordo com o grupo de atividades envolvidas no estudo. Foram consideradas variáveis: tipo de estudo (qualitativo, quantitativo), idioma do estudo, país de publicação e de realização do estudo, ano de publicação, tipo de publicação (periódico, tese, dissertação, livro), idade dos participantes, tamanho da amostra, atividades envolvidas, formas de avaliação das atividades, tipos de análise dos resultados, resultados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da estratégia de busca definida, foram selecionados 212 trabalhos, incluindo 182 artigos, 7 capítulos de livros, 15 dissertações de mestrado e 8 teses de doutorado. Somente 36 estudos referiram o uso do termo AAVD, os demais 176 estudos utilizaram, de forma geral, os termos atividades sociais, atividades produtivas, atividades de lazer. Observou-se que, apesar da existência de muitos estudos que envolvem grupos de atividades pertencentes às AAVDs, essas não foram mencionadas como descritores e nem houve referência ao termo AAVD no corpo do texto.

Os principais países de publicação dos estudos sobre atividades sociais, produtivas, físicas e de lazer foram Estados Unidos (34,6%), Brasil (30,8%), Alemanha (5,7%) e Suécia (5,0%). O principal idioma de publicação foi o inglês, seguido por publicações em português e espanhol. Somente um dos trabalhos analisados foi publicado em italiano e um em alemão.

Segundo o Sistema ISI, 61% dos estudos incluídos nesta revisão foram classificados segundo Fator de Impacto entre 0,247 e 7,851. O Fator de Impacto (FI) é utilizado para medir o impacto das publicações em meio internacional. Determina o número de vezes que uma publicação é citada em um período de dois anos, dividido pela quantidade de artigos publicados.

Foram selecionados 147 estudos quantitativos observacionais (transversais, longitudinais, construção/validação de questionários) e 65 estudos qualitativos, incluindo-se pesquisas qualitativas e revisões da literatura. Em sua maioria (70%), os estudos quantitativos apresentaram amostras obtidas por meio uso de técnicas de randomização e com número adequado de participantes, análise multivariada dos resultados com o uso de variáveis de ajuste. Isto permitiu maior confiabilidade quanto aos resultados encontrados sobre o impacto e fatores associados ao desempenho das AAVDs pelos idosos.

Apresentam-se a seguir dados obtidos pelo levantamento realizado sobre o impacto e os fatores associados ao desempenho das atividades sociais, produtivas e de lazer pela população idosa.

4.1 IMPACTO DA REALIZAÇÃO DAS AAVDs NO ENVELHECIMENTO

Para justificar a necessidade da importância da promoção das atividades avançadas de vida diária no envelhecimento, torna-se necessário o conhecimento de seu impacto sobre aspectos da saúde e qualidade de vida do idoso. Para tanto, foram analisados 176 estudos que se referiram ao impacto das AAVDs, com diferentes delineamentos de pesquisa, como reflexões críticas, estudos qualitativos, transversais e longitudinais. Os resumos dos estudos quantitativos incluídos nesta revisão encontram-se nos Anexos I e II.

O impacto positivo da realização das AAVDs mostrado pelos estudos analisados recaíram sobre a redução dos riscos de mortalidade, manutenção da capacidade funcional, melhora da autopercepção de saúde, melhora do funcionamento cognitivo, diminuição de sintomas depressivos e aumento da qualidade de vida.

Mortalidade

Foi constatado impacto positivo da participação de idosos em atividades avançadas de vida diária e da redução dos riscos de morte. (HOLMEN e col.; 2002; MAIER E KLUMB 2005; MAIER e KLUMB, 2007; GRUENEWALD e col., 2007; KUO e col., 2004; GLASS e col., 1999). Efeitos das atividades sobre a mortalidade foram significativos entre atividades sociais, produtivas e de lazer com pouco envolvimento físico (GLASS e col., 1999; HOLMEN e col., 2002; LUO e HERZOG, 2002; MAIER E KLUMB, 2005), atividades de lazer passivo solitário (MAIER e KLUMB, 2007) e atividades sociais com maior envolvimento físico (SUN e LIU, 2006; LENNARTSSON e SILVERSTEIN, 2001).

Atividades mentais, sociais e produtivas foram associadas significativamente com a redução da mortalidade (HOLMEN e col., 2002; MAIER E KLUMB, 2005) Continuar trabalhando no envelhecimento foi associado à diminuição da mortalidade e maior envolvimento social

(HSU,2007). Maior participação religiosa implicou em menor risco de morte. (HESSLER e col., 1995; HSU, 2007).

Participação em atividades sociais e voluntariado, estilo de vida saudável e crenças de auto-eficácia foram preditoras de incapacidade ou morte e foram associadas com sentimentos de utilidade aos outros, em estudo com sete anos de seguimento (GRUENEWALD e col., 2007).

Baixo engajamento social e de envolvimento em atividades sociais e de lazer foi associado a um maior risco de morte (BENNET, 2002; MAIER E KLUMB, 2005). Atividades sociais que envolvem contatos com amigos oferecem vantagem à sobrevivência. (MAIER E KLUMB, 2005; SATO e col. 2007).

Além dos efeitos sociais, a realização de atividades ativas de forma individual também foi associada significativamente à redução da mortalidade, após ajuste por variáveis sociodemográficas e de saúde. (LENNARTSSON e SILVERSTEIN, 2001;SUN e LIU, 2006; LUO e HERZOG, 2002; MAIER E KLUMB, 2005).

Capacidade funcional

As atividades produtivas, sociais e de lazer estão relacionadas à redução de incapacidade nas ABVD e AIVD entre idosos (IDLER e KASL,1997; KUO e col., 2004; MENDES DE LEON e col. (2003)). Estudo de EVERARD (2000) encontrou associação significativa entre a realização de atividades produtivas, sociais e de lazer e a redução de incapacidades nas atividades básicas de vida diária não relacionadas à mobilidade. Participação em atividades sociais, produtivas e de lazer mostrou associação positiva com a capacidade funcional e condições de saúde. (FRANCISCO, 2006)

Pesquisas evidenciam que as atividades de lazer têm benefícios na promoção da saúde entre os idosos, incluindo diminuição do risco de desenvolvimento de quadros demenciais, (WANG e col., 2002; FRATIGLIONI, 2000), risco reduzido de doenças cardiovasculares (MENSINK e col., 1999), e decréscimo da mortalidade (GLASS e col.,1999). Há também relação entre lazer e satisfação com a vida ou bem-estar. O

envolvimento em atividades de lazer pode trazer resultados positivos na melhora do bem-estar subjetivo, redução da solidão, melhora do humor e da capacidade de lidar com as mudanças do processo de envelhecimento. Além disso, oito grupos de necessidades que podem ser satisfeitas a partir de atividades sociais e de lazer: auto-expressão, companheirismo, compensação, segurança, serviços a outros, intelectualidade, ética e solidariedade (GARCÍA-MARTÍN et al, 2004).

Restrições em atividades sociais e de lazer foram associadas à maior chance de dependência grave (ROSA e col., 2003; SILVA e col., 2006; GRACIANI e col. 2003; HO e col., 2002). Limitações na vida social foram relacionadas pelos idosos com limitações físicas, perda da autonomia e doenças advindas com o envelhecimento (ORB, 2004).

Maior participação em grupos sociais e recreativos, maior número de contatos com familiares e amigos foram associados a melhor estado funcional (MICHAEL e col. 1999) e menor risco de incapacidades (MORAES e SOUZA, 2005). ROSA e col. (2003) observaram uma associação prospectiva entre freqüentar a igreja e a redução de incapacidades, restringindo seu estudo à observação de somente esta atividade social.

Maior participação em atividades sociais e de lazer de alta demanda física foram associadas à melhor capacidade funcional (EVERARD e col., 2000; LOBO e PEREIRA, 2007; SILVA, 2005; SHERMAN e REUBEN, 1998; HAIGHT e col., 2005; ATCHLEY e SCALA, 1998). O desempenho atividades físicas de lazer regulares resultou em menos dificuldades nas atividades cotidianas, mesmo quando não houve ganho muscular objetivo. (CÂMARA, 2005)

Idosos que realizam maior número de atividades externas eram funcionalmente menos comprometidos, mais sociáveis e menos deprimidos. KONO e col., 2007). A realização de maior número de atividades externas aos 70 anos mostrou-se significativamente associada à redução das queixas de dor musculoesquelética, problemas do sono, incontinência urinária e declínio nas atividades de vida diária aos 77 anos. Não sair diariamente aos 70 anos foi preditor de dependência nas ABVDs, autopercepção de saúde ruim e incontinência urinária aos 77 anos. (AVLUND e col., 2004 a)

Maior envolvimento em atividades produtivas foi associado à menor incapacidade funcional (HINTERLONG, 2007). Trabalhar foi associado à menor incapacidade funcional e melhores condições de saúde (GIATTI e BARRETO, 2002; PEREZ e col. 2006; HSU,2006). Trabalho pesado e exaustivo foi associado negativamente à capacidade funcional. (FIEDLER e PEREZ, 2008).

Autopercepção de saúde

Limitações na participação social foram associadas negativamente à autopercepção de saúde (BAXTER e col.,1998). De maneira contrária, autopercepção de saúde foi correlacionada positivamente à participação em atividades sociais. (LEINONEM e col.,2002)

Mulheres idosas que trabalham apresentaram menor chance de percepção da própria saúde como regular ou ruim/ muito ruim. (GIATTI e BARRETO, 2002). Maior participação em grupos foi positivamente relacionada à percepção de saúde e bem-estar subjetivo (ENELGSTRÖM e col.,2006).

Depressão

Incapacidades nas AAVDs foram associadas a maiores níveis de depressão. Isto pode estar relacionado com a autopercepção dos idosos sobre a perda inicial de suas capacidades (YANG e GEORGE, 2005). De maneira contrária, realização de atividades sociais, produtivas e de lazer associou-se a maiores índices de satisfação com a vida e redução de sintomas depressivos. Foram fatores importantes à satisfação com a vida e minimização de quadros depressivos o envolvimento e o prazer obtido na realização das AAVDs. Quantidade de prazer em atividades sociais e de lazer foi associada significativamente com níveis de felicidade entre os idosos. (ONISHI e col., 2006; MANSVELT, 1999).

A extensão de atividades sociais e os contatos com amigos foram associados positivamente a menor incidência de quadros depressivos (HALL e col. (1989); DEMURA e SATO, 2003; WANG e col., 2002; FERRARO,

2005) Redução da realização de atividades externas foi associada a maiores níveis de depressão. (STEVENS-RATCHFORD e DIAZ, 2003)

Participação em atividades de lazer mostrou-se positivamente associada à diminuição de sintomas depressivos em idosos com dor crônica após ajuste das variáveis sócio-demográficas. (PARMELEE e col. 2007) Maiores oportunidades de lazer foram associadas à maior satisfação com a vida (JOIA e col., 2007; PASCULIN e MOLZAHN, 2007; SMITH e col. 1986; INAL e col., 2007), menor sentimento de solidão (GARCÍA-MARTÍN e col., 2004), menos sintomas depressivos (ENELGSTRÖM e col. ,2006; GAUTAM e col., 2007; FRANCISCO, 2006). Estudo de GAUTAM e col. (2007) encontrou como atividades relacionadas à diminuição de sintomas depressivos: assistir televisão e ouvir rádio, participar de exercício físico e rezar (sexo masculino); ver televisão e ouvir rádio (sexo feminino) (GAUTAM e col., 2007). Estas atividades têm como características a realização individual e a baixa demanda física.

Idosos relacionaram as atividades de lazer a sentimentos positivos e envolvimento de aspectos socioculturais, desportivos, descanso, bem-estar e religiosos (SOUZA, 2007). Lazer foi mencionado como recorrências de crescimento positivo, relacionamentos interpessoais, respeito mútuo, contemplação, sensação de harmonia com a natureza, elemento lúdico, entre outros também responsáveis pelo vínculo afetivo do grupo (GÁSPARI e SCHWARTZ, 2005). O envelhecimento proporcionou maiores oportunidades de lazer que, na vida adulta, eram mais difíceis (ARAÚJO e col. 2006). Aspectos sociais e de aprendizagem com as oportunidades de lazer estiveram presentes nos relatos dos idosos (GÁSPARI e SCHWARTZ, 2005).

De modo geral, a participação em atividades comunitárias, voluntariado e trabalho contribuem positivamente para o bem estar emocional (KAWAMOTO e col, 2005) e para a redução de sintomas depressivos (KONO e col.,2007; GLASS e col., 2006; KAWAMOTO e col, 2005).

Participação em instituições formais (p.ex: igreja) mostraram benefícios positivos sobre a saúde, diminuição de quadros depressivos e

mortalidade. Possivelmente, estes efeitos estejam associados a valores altruísticos, bem-estar emocional e ampliação dos contatos sociais. (BRAAM e col.,1997; FERRARO, 2005)

Dentre as atividades produtivas, ser voluntário foi associado positivamente com diminuição dos sintomas depressivos (GREENFIELD,2004; CHOI e BOHMAN, 2007). Depressão mostrou-se associada com um aumento posterior no voluntariado formal, sugerindo voluntariado como forma de compensação. Os problemas de saúde e a depressão não se constituíram como obstáculo importante ao voluntariado. (FERRARO, 2005)

Trabalho foi positivamente relacionado à satisfação com a vida (SMITH e col. 1986), maior controle pessoal (ROSS e DRENTEA, 1998) e menos sintomas depressivos (ENELGSTRÖM e col.,2006). Continuar trabalhando foi referido como meio de independência financeira e ocupação do tempo de forma positiva. (MOREIRA, 2000) Idosos referiram sentimentos de vazio após a aposentadoria (MOREIRA, 2000; STELMACHUK, 2005; VECCHIA e col., 2005).

Qualidade de vida

Manter relacionamentos interpessoais, especialmente com familiares e amigos foi associado significativamente a maior qualidade de vida. (ORB, 2004; VECCHIA e col. 2005), Maior número de amigos íntimos e parentes, de visitas domiciliares e maior participação em grupos de atividades externas foram associados positivamente a padrões mais elevados de qualidade de vida (BAXTER e col.,1998). Limitações na participação social e dificuldades de sair de casa foram associadas à pior qualidade de vida. (BAXTER e col.,1998)

Verificou-se associação positiva entre a prática regular de atividades físicas e melhor qualidade de vida (JENKINS e col. 2002; ROLIM e FORTI, 2005).

Funcionamento cognitivo

Maior realização de atividade de lazer mostrou-se significativamente associada a um melhor funcionamento cognitivo. (ARGIMON e col. 2004; GAUTAM e col., 2007; EVERARD e col., 2000). Envolvimento em ocupações com maiores demandas cognitivas e sociais foi associado com menor probabilidade de comprometimento cognitivo. (ANDEL e col., 2007)

Idosos com maior participação em atividades voluntárias (100 ou mais horas por mês) apresentaram redução da mortalidade, melhor autopercepção de saúde e diminuição dos riscos de incapacidades cognitivas, após controle por variáveis sócio-demográficas e incapacidades pré-existentes. (LUO e HERZOG, 2002). Homens que freqüentavam grupos políticos tiveram um menor risco de prejuízo cognitivo (HSU,2007).

Baixa participação social foi associada a declínio cognitivo após ajuste pelas variáveis sócio-demográficas. (AVLUND e col.,2004 b; MENDES DE LEON e col., 2003).

ARGIMON e col. (2002) referem que oferta de programas direcionados a idosos, principalmente quanto às atividades de convívio e de lazer a idosos com déficits cognitivos, propicia a criação de redes de apoio e ampliação das relações sociais.

4.2 FATORES ASSOCIADOS AO DESEMPENHO DAS AAVDs

Reconhecidos os benefícios da prática das AAVDs no envelhecimento, prosseguiu-se com a análise dos fatores associados à realização destas atividades referidos nos estudos incluídos nesta revisão.

O desempenho de AAVDs por pessoas idosas mostrou-se associado à idade, gênero, escolaridade, renda, estado civil, local de residência, etnia, dependência de fumo/álcool, capacidade funcional, funcionamento cognitivo, qualidade de vida, autopercepção de saúde, sintomas depressivos, déficit sensorial, dor, apoio social, prazer na atividade.

O envolvimento nas AAVDs, portanto, é influenciado por fatores biológicos e psicossociais. Maiores níveis de dependência fazem com que

as pessoas necessitem de maior apoio para realizarem as AAVDs, assim como piores condições de saúde e de funcionalidade podem ser associadas a quadros depressivos, que dificultam o interesse autônomo pelas AAVDs.

GAUTHIER e SMEEDIN (2003) ressaltam que utilização do tempo pelos idosos pode variar devido à renda, preferências, normas sociais, estilo de vida progresso e em decorrência da implantação de políticas públicas adequadas.

As limitações para a realização das atividades sociais e de lazer podem ser intrapessoais, interpessoais e estruturais.

- a) **Limitações Intrapessoais:** refere-se aos fatores pessoais e outras variáveis próprias do envelhecimento.
- b) **Limitações Interpessoais:** refere-se a circunstâncias do contato com familiares, amigos, vizinhos, colegas, que estejam associados às práticas recreativas.
- c) **Limitações estruturais:** refere-se a fatores externos ou ambientais.

Dificuldades de acesso às atividades sociais e de lazer podem ser de ordem econômica, com a diminuição da renda e aumento dos gastos com saúde, com continuidade de manutenção contrária à vontade de períodos extensos de envolvimento em trabalho ou mesmo pelo alto custo dos divertimentos, tais como viagens e eventos culturais. Outra barreira de acesso alia-se ao fato de que condições de dependência implicam na necessidade de apoio emocional, instrumental e econômico por outras pessoas, especialmente familiares, para possibilidade de realização de atividades, por exemplo, que envolvam maiores capacidades de mobilidade .

As barreiras de envolvimento às atividades sociais, produtivas e de lazer podem implicar na restrição ao domicílio e aumento do envolvimento em atividades de lazer passivo, tais como trabalhos manuais (quando há manutenção das habilidades necessárias para tais atividades), assistir televisão e ouvir rádio. RODRIGUES (2002) destaca o fato de que a

televisão surge como uma alternativa aos idosos para suprir o déficit das atividades de lazer e de desengajamento social, no entanto, com grande prejuízo das relações sociais e trocas de conhecimento, aprendizagem e possibilidades de desenvolvimento.

Comparando-se as limitações citadas na literatura analisada com a Classificação Internacional de Funcionalidade, no que tange às barreiras e aos facilitadores da funcionalidade nela citados, pode-se verificar o que se segue.

Níveis prévios de atividades

Níveis prévios de atividade social que refletem as preferências ao longo da vida, predizem a participação social futura (BURKOV e col.,2004). Idosos que, apesar de baixa condição socioeconômica, referiram participação em atividades esportivas na idade adulta e juventude, ainda as mantinham no envelhecimento (ORB, 2004).

Idade

Foi encontrada associação entre diminuição do desempenho de AAVDs e o avançar da idade (KLUMB e BALTES, 1999; BAXTER e col.,1998, ENELGSTRÖM e col. ,2006, NILSSON e col. 2006; DI MAURO e col., 2001; GAUTHIER e SMEEDING, 2003; KRAUSE, 2006; BURR e col.,2007; SILVA e GÜNTHER, 2000; LUBBEN e LEE, 2001; HILTNER e col., 1986).

Enquanto a independência funcional é preservada, as possibilidades de participação nas atividades de lazer são similares às da vida adulta ou se ampliam. Isto se deve à substituição do trabalho formal pela aposentadoria em boas condições funcionais, o que permite a continuidade de participação em um grande número de atividades. Não obstante, o padrão mais característico desta etapa da vida é a continuidade das atividades desenvolvidas anteriormente (ATCHLEY, 1989; GARCÍA-MARTÍN 2004; GAUTHIER e SMEEDIN 2003). Embora haja aumento das atividades de lazer associado com o avançar da idade, especialmente após aposentadoria,

(DI MAURO e col., 2001; GAUTHIER e SMEEDING, 2003; HILTNER e col., 1986), entre os idosos em velhice avançada (80 anos e mais) predominam as atividades de lazer passivo (GAUTHIER e SMEEDING, 2003. Existe uma tendência de transição de atividades mais vigorosas para outras menos intensas com o aumento da idade (KRAUSE, 2006; BURR e col., 2007; GAUTHIER e SMEEDING, 2003; SCHWANEN e col.,2000).

A participação social tende a diminuir com a idade e com o declínio da mobilidade (BURKOV e col.,2004) diminuindo simultaneamente, os efeitos positivos da realização das mesmas. Isso é ainda mais importante quando da presença de outros problemas de saúde. Na maioria das situações, as limitações funcionais referentes à mobilidade constituem-se como as principais barreiras para a realização de atividades externas.

Verificou-se que a participação social diminui seus efeitos positivos sobre a saúde com o avançar da idade, até que até que esses sejam ultrapassados pelos riscos ocasionados pela idade avançada como, por exemplo, quedas externas. SUN e LIU (2006) e HOPPMANN e col.(2008) mostraram que, após os 95 anos, tais atividades estão associadas com maior risco de morte.

Sexo

Sexo exerce influência na realização de atividades sociais, produtivas e de lazer (AAVDs), principalmente quanto aos papéis sociais atribuídos e preferências pela realização de determinados grupos de atividades. Diferenças quanto ao sexo, no desempenho das atividades de lazer, foram apontadas em vários estudos. (NILSSON e col, 2006, ARMSTRONG e MORGAN, 1998; BENNETT, 1998 ; DI MAURO e col., 2001; SMITH e BALTES, 1998). Ser mulher mostrou-se positivamente associado com a realização de atividades dentro do domicílio fato esse que pode estar relacionado com o papel feminino de cuidado do lar, mantido por muitas idosas. Quando liberadas de tais obrigações, as mulheres preferem realizar visitas e exercer atividades de ajuda informal. (ZIMMER e LIN, 1996; NILSSON e col, 2006)

Sexo feminino foi também associado ao maior envolvimento em atividades solitárias (FRICKE e UNSWORTH, 2001), atividades domésticas (FRICKE e UNSWORTH, 2001), atividades sedentárias de lazer (ZAITUNE e col., 2007), maior limitação funcional para AAVDs (LUBBEN e LEE, 2001), maior participação em atividades sociais (ARGIMON e col.,2004), maior participação em instituições sociais e recreativas (HILTNER e col., 1986), atividades religiosas (KRAUSE e col., 1995), atividades manuais (FRICKE e UNSWORTH, 2001).

Por outro lado, os homens muito idosos costumam se envolver em tarefas como jardinagem, pequenos reparos domésticos, cuidado de animais, jogos com os amigos ou, simplesmente passam o tempo em sua companhia. (NILSSON e col, 2006). O sexo masculino mostrou-se associado ao maior repertório e à maior frequência de atividades de lazer (ZIMMER e LIN ,1996) e dessas, com demandas físicas (ARGIMON e col.,2004; FRICKE e UNSWORTH, 2001; ZIMMER e LIN,1996), realização de atividades intelectuais (FRICKE e UNSWORTH, 2001), e maior apego aos papéis passados (DESHOTELS, 2004).

Os homens são mais envolvidos em trabalho formal remunerado e as mulheres com o trabalho não remunerado (p.ex: voluntariado e atividades domésticas) (HSU,2007). Sexo feminino e melhor estado de saúde foram associados positivamente com a realização de atividades sociais (HOPPMANN e col.,2008).

Estado civil

Diferentes tipos de AAVDs são influenciados pelo estado civil. Trabalho foi positivamente associado a idosos casados e com maior número de filhos (PEREZ 2005, PERES 2007). Maiores níveis de atividade física foram observadas em idosos casados. (SATARIANO e col., 2002), além de que o envolvimento em atividades físicas exibe maior similaridade entre os cônjuges.

Níveis de atividades sociais entre os cônjuges mostraram-se correlacionados. Entretanto, quando o aumento nos níveis de atividade acontece com apenas um dos cônjuges, isso pode influenciar negativamente

a realização das atividades do outro. Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre esposas depressivas e maridos que aumentaram seus níveis de atividades. Isso pode ocorrer pela necessidade de realização de atividades que anteriormente eram desempenhadas pela esposa (HOPPMANN e col., 2008).

Escolaridade

Pessoas com maior escolaridade estão mais envolvidas no desempenho de atividades físicas (ZAITUNE e col., 2007), maior participação em atividades sociais (LASKIE, 2008; (SCHWANEN e col.,2000) e menor número de limitações funcionais nas AAVDs (LUBBEN e LEE, 2001).

Renda

Menor renda foi associada negativamente a atividade física (ZAITUNE e col., 2007), menor engajamento social (LASKIE, 2008; SCHWANEN e col.,2000), atividades de lazer sedentárias (LASKIE, 2008), menor probabilidade de utilização de serviços sociais e recreativos (HILTNER e col., 1986; VAROTO, 2005).

Etnia

Associações significativas também foram encontradas entre níveis de envolvimento em atividades sociais e voluntariado e grupos étnicos. (JACOBS e col., 2008; GAUTHIER e SMEEDING, 2003; LOPES, 2006).

Local de residência (urbano/rural)

NILSSON e col. (2006) encontraram diferenças significativas quanto à realização de atividades sociais e de lazer entre idosos de 85 anos e mais que viviam em meio urbano e rural. Os autores discutiram essas diferenças com base na falta de acessibilidade e menor oferta de serviços sociais e de lazer no meio rural, além da idade propriamente dita.

Tabagismo

Fumantes apresentaram maior envolvimento em atividades de lazer sedentárias (LASKIE, 2008)

Rede de apoio

Redes sociais mais restritas e maior necessidade de suporte instrumental influenciam negativamente o envolvimento em atividades sociais (FIORI e col., 2004; LITWIN, 2003; MCINTOSH e col., 2002). Insatisfação com apoio social foi associada à maior incapacidade nas AAVDs. (LUBBEN e LEE, 2001; FIORI e col., 2004).

Homens com poucos contatos sociais tiveram menor probabilidade de engajamento em atividades ativas (SATARIANO e col., 2002). Manutenção da autonomia e maior disponibilidade de apoio foi associado a maiores níveis de atividades sócio-recreativas em idosos institucionalizados (FERNANDEZ-BALLESTEROS e MONTORIO, 1998).

Salienta-se a importância do apoio social, especialmente dos co-residentes e pessoas mais próximas aos idosos para possibilitarem a continuidade da realização de atividades sociais, produtivas e de lazer, mesmo na emergência de incapacidades funcionais mais graves.

Limitações de papéis sociais

Com o envelhecimento, há modificação dos papéis desempenhados na família e na sociedade. Podem ser observadas restrições quanto à liderança da família, do desempenho profissional, do cuidado dos filhos e netos, dos papéis de cônjuge com a viuvez. Estudo com mulheres em sua maioria viúvas mostrou que a participação ativa em grupos voluntários esteve fortemente associada a limitações prévias dos papéis sociais entre as mulheres mais velhas. A partir da participação em atividades sociais voluntárias pôde-se construir novas redes sociais e notou-se redução de quadros depressivos (MICHAEL e col. 1999).

Prazer/Importância da atividade

Níveis motivacionais foram associados a maior desempenho de atividades de lazer e motivação. (NILSSON e col. 2006; DAVIM e col., 2004)

Autopercepção de saúde

Autopercepção de saúde ruim foi significativamente associada a maior número de limitações funcionais nas AAVDs. (LUBBEN e LEE, 2001) e com menor uso de serviços sociais e recreativos. (HILTNER e col., 1986)

Condições de saúde

Incapacidade, doença, e mobilidade reduzida influenciam diretamente a alocação do tempo e envolvimento nas AAVDs. O aumento da incidência de condições de saúde que restringem as atividades diárias em idosos pode explicar o aumento no tempo gasto em lazer passivo. Contudo, há diferenças entre os países, o que sugere que preferências e oportunidades para o desempenho de atividades passivas e ativas influenciem nesse processo. (JACOBS e col, 2008)

Ter mais problemas com a saúde foi associado negativamente à realização de atividades sociais (LASKIE, 2008; VAROTO, 2005). Maior incapacidade funcional foi associada à maior restrição no lazer (SVIDE e col., 2004). Incapacidade nas atividades avançadas da metade inferior (atividades de NAGI) não foi associada a incapacidades nas AAVDs (JOHNSON e WOLINSKY, 1993). Pessoas com sintomas depressivos revelaram sentir maiores dificuldades nas atividades sociais. (KLUMB, 2001).

Estudo encontrou associação significativa entre idosos com déficit visual e dificuldades na realização de trabalhos manuais. No entanto, o déficit visual não prejudicou a relação das atividades sociais e de lazer. (BORGES, 2006)

Dor foi significativamente associada à redução na participação em atividades sociais e de lazer. (DUONG e col.,2005; MICHAEL e col. 1999)

Idosos com melhor funcionamento cognitivo têm maior envolvimento em atividades de lazer (NILSSON e col. 2006). O declínio cognitivo

decorrente de quadros neurológicos dificulta progressivamente o envolvimento em atividades de lazer, restringindo sua participação e envolvimento em novas atividades. (NILSSON e col., 2006). Atividades de lazer sedentárias foram atribuídas a um pior funcionamento cognitivo. (ZAITUNE e col., 2007)

A partir dos resultados explicitados observou-se que o desempenho de atividades sociais, produtivas e de lazer pelos idosos, apesar de não estar diretamente relacionado à manutenção da independência para as atividades de auto-cuidado, exerce efeito positivo sobre a obtenção de melhores condições de saúde e de qualidade de vida.

Prossegue-se no próximo capítulo com a análise sobre como as atividades sociais produtivas e de lazer são estudadas na literatura, especialmente quanto aos termos e classificações utilizadas.

4.3 ATIVIDADES SOCIAIS, PRODUTIVAS, FÍSICAS E DE LAZER

Observa-se um número crescente de estudos sobre *atividades sociais, produtivas, físicas e de lazer*. (gráfico 1). Pesquisas sobre o desempenho de atividades sociais produtivas e de lazer justificam a importância destas com base nos modelos do Envelhecimento Bem-sucedido, Curso de Vida, Teoria da Atividade e Desengajamento.

Figura 6. Distribuição (%) de publicações sobre atividades sociais, produtivas e de lazer segundo ano de publicação. São Paulo 2009.



Fonte: Dados da pesquisa

As atividades sociais, produtivas e de lazer foram referidas pelos autores como de envolvimento voluntário e significativo, influenciadas por questões sócio-culturais e de aprendizagem, com envolvimento de múltiplas habilidades e interesses e, portanto, de maior complexidade. Mesmo com relação à atividade profissional remunerada, os estudos citaram a relação desta atividade com oportunidades de escolhas pessoais e características de personalidade dos idosos.

A participação de idosos em atividades de trabalho e lazer estão relacionados a fatores contextuais e pessoais; já as atividades produtivas e sócio-recreativas estão mais relacionadas ao seu caráter instrumental e de

auto-realização. Nos dois conjuntos de atividades no entanto, são necessárias competências físicas, sociais e cognitivas (KLUMB e col, 2004).

A escolha das atividades é influenciada por fatores pessoais e contextuais. Interpretações subjetivas e avaliações das atividades podem variar em função de fatores pessoais e contextuais, como idade, sexo, ou personalidade (KLUMB e col, 2004).

DANNEFER (1984) discutiu a importância dos acontecimentos micro-contextuais sobre a vida dos indivíduos idosos e a oferta de oportunidades de envolvimento em atividades mais complexas, sociais, produtivas e de lazer. Embora os micro-contextos da vida cotidiana sejam fixados dentro de realidades sócio-estruturais maiores e mais complexas, o desenvolvimento humano sempre ocorre com a sucessão desses micro-contextos, em nível individual. Considerando a influência que essas micro-condições sistematicamente exercem sobre o desenvolvimento psicológico, é importante analisar as mudanças relacionadas com a idade em relação à diversidade de condições específicas de contextos nos quais o envelhecimento ocorre.

A importância da manutenção da funcionalidade, da realização de tarefas complexas associadas aos papéis sociais e das implicações sociais das incapacidades foram discutidas no modelo de NAGI (JETTE, 1994). Avanços nesses conceitos culminaram com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF - em 2001.

4.3.1 CLASSIFICAÇÕES DAS ATIVIDADES SOCIAIS, PRODUTIVAS, FÍSICAS E DE LAZER

Observaram-se confusões quanto à utilização de nomenclaturas e classificações utilizadas nos estudos para as atividades sociais produtivas de lazer. Há divergências também quanto ao entendimento dos termos ABVD, AIVD e AAVD. Os termos e definições podem ser consultados no anexo III.

As atividades sociais, produtivas e de lazer foram classificadas segundo complexidade das tarefas envolvidas. Foram identificadas como

AIVDs em alguns estudos, desconsiderando-se a definição original de LAWTON e BRODY (1968). Alguns autores chegaram a classificar as AVDs como atividades básicas e AIVDs como atividades complexas (FRICKE e UNSWORTH, 2001; KRAUSE, 2006). Outros autores não mencionam as AAVDs, classificando o conjunto de atividades de vida diária como AVDs, AIVDs e atividades de lazer; referindo-se às AIVDs como as atividades sociais (EVERARD e col., 2000).

KLUMB e MAIER (2007) classificam as atividades segundo suas funções:

- a) *regenerativas* - equivalente ao autocuidado,
- b) *produtivas* - equivalente às atividades relacionadas ao trabalho formal e informal, trabalho doméstico e cuidado de outros.
- c) *consumidoras* - equivalentes às atividades sociais e de lazer.

KLUMB (2004) ressalta que as atividades produtivas e consumidoras são centrais para a vida cotidiana no envelhecimento. Se a importância de uma atividade está centrada predominantemente em seus resultados e sua execução pode ser delegada a uma terceira pessoa sem prejuízo de qualquer efeito benéfico (por exemplo, lavar roupas, fazer limpeza, executar tarefas), então ela é produtiva. Por outro lado, quando uma atividade é acompanhada por benefícios pessoais e assim, ao ter sua execução delegada a outros, comprometerá o bem estar da pessoa (por exemplo, encontrar amigos, ler um romance, ver televisão), então é consumidora.

Dois são as explicações psicossociais dos benefícios do envolvimento nestas atividades. A primeira enfatiza que, desde que o indivíduo tenha as competências necessárias e seja capaz de exercer controle sobre a realização das atividades, as oportunidades de aprendizagem e uso de habilidades conduzirão ao prazer e bem-estar físico e mental. Na segunda, a explicação centra-se na participação em atividades sociais, com a criação de um sentimento de pertença e de proximidade emocional, com conseqüente efeito sobre o bem estar (KLUMB, 2004).

EVERARD e col. (2000) e MENDES DE LEON e col (2003) utilizam o termo "*engajamento com a vida*" para referência conjunta à participação nas atividades de vida social, lazer e produtivas. LENNARTSSON e

SILVERSTEIN (2001) destacam que o engajamento em atividades sociais e produtivas, dentro do contexto de amizade, parentesco, participação e organização, é um componente-chave na promoção da saúde e redução do risco de mortalidade em idades mais avançadas.

SOUZA e col. (2006) sugeriram outra divisão para as atividades sociais e de lazer, segundo grau de complexidade de habilidades físicas envolvidas:

- a) **atividades básicas (ABVDs);**
- a) **atividades instrumentais (AIVDs);**
- b) **atividades com alta demanda física:** manutenção do lar – pintura, tampar goteiras, tarefas de marcenaria, martelar, pequenos reparos de encanamento, desentupir o banheiro, remendar a calçada, fazer reparos na casa ou ao seu redor, eletricidade, lavar as roupas, lavar/cuidar do carro, trabalho no quintal, remover a neve, cortar a grama, podar as plantas, cortar madeira, jardinagem, levantar objetos, subir escadas, escalar paredes, andar a pé longas distâncias.
- c) **atividades sócio-recreativas:** sair, comer fora, ir ao cinema, cassinos/jogos, eventos de clubes, sair para jogar cartas, ir a um centro de idosos, divertir hóspedes em casa, dançar;
- d) **esportes / exercícios:** golfe, patinação no gelo, natação, Atirar uma bola, jogos na piscina, saltos, boxe, vôlei, basquete, equitação, tênis, futebol, beisebol, caminhada, corrida;
- e) **recreação ao ar livre:** pesca, caça, *trecking*, canoagem, velejar, viajar;
- f) **passatempos:** modelar argila, escultura, pintura, tocar algum instrumento, executar trabalhos manuais, ler livros/jornais, revistas, ouvir música.

GLASS e col. (2006) classificaram as atividades em:

a) atividades produtivas - que geram bens ou serviços com valor econômico:

- trabalhar no quintal ou jardim;
- preparar refeições;
- sair para fazer compras
- trabalho comunitário não pago e voluntariado,
- trabalho comunitário pago
- emprego em tempo integral ou meio período;

b) atividades sociais ou lazer – cujos benefícios são obtidos pelo próprio processo da atividade:

- ir ao cinema, restaurante, ou evento esportivo,
- sair para viajar um dia ou pernoitar,
- jogar cartas, bingo ou outros jogos,
- freqüentar serviços religiosos,
- participar de grupos sociais e comunitários;

c) atividades físicas - combinação da participação em esportes ativos e natação, caminhada e exercícios físicos.

DOMÍNIOS DE ATIVIDADES

Para melhor compreensão dos grupos de atividades compreendidos, propõe-se a discussão específica de cada domínio de atividade, segundo os termos utilizados pelos autores. Verifica-se que os domínios não são mutuamente exclusivos, de modo que uma mesma atividade possa pertencer a mais de um domínio simultaneamente, segundo as suas funções exercidas. As definições podem ser consultadas nos Anexos III, IV e V.

❖ DOMÍNIO SOCIAL

A complexidade que envolve o domínio social pode ser constatada nas diferentes definições utilizadas embora, em todas elas, os papéis sociais envolvidos em sua realização tenham sido destacados. Algumas vezes os termos “**atividades sociais**” (MCINTOSH e col.,2002) e “**engajamento social**” (MENDES DE LEON e col., 2003) foram utilizados como referência aos domínios social e produtivo, simultaneamente. Já, “**engajamento cívico**” foi utilizado para se referir à participação em atividades sociais e produtivas (KASKIE e col., 2008; CROSNOE e ELDER, 2002; LOPES, 2006)

Outro termo muito utilizado é “**participação social**” a qual se refere à integração de atividade produtiva e participação em grupo social, com o lazer excluído dessa definição. Envolve atividades que consomem tempo, dinheiro, esforço ou promovem participação com familiares, vizinhos, grupos sociais ou comunidade (HSU, 2007).

O termo “**funcionamento social**” é utilizado para se referir às atividades e relacionamentos sociais, rede de suporte e recursos sociais. (CAEIRO SILVA, 2008; PINSONNAUTE e col. 2008).

Os termos e definições referentes ao domínio social podem ser consultados no anexo IV.

❖ DOMÍNIOS FÍSICO E DE LAZER

Constatou-se grande confusão quanto à definição dos conceitos de lazer e atividades sociais utilizados nos estudos. Os termos lazer e atividades sociais foram utilizados de forma abrangente, compreendendo os demais grupos de atividades. De forma geral, o domínio físico mostrou-se contido no domínio lazer. (Anexo V)

Para breve revisão do conceito de lazer, cita-se DUMAZEDIER (1976) apud RODRIGUES (2002), considerado um dos maiores estudiosos sobre lazer:

“ um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou ainda para desenvolver sua formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora, após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações familiares e sociais.”

DUMAZEDIER (1976) apud RODRIGUES (2002), p. 24.

Observa-se segundo este conceito funções de descanso, divertimento e participação social. Outros aspectos destacados por Dumazedier (1976), Camargo (1999) e Rodrigues (2002) são o caráter de livre escolha; caráter desinteressado das obrigações cotidianas, como trabalho, serviços domésticos, sociais, políticas ou religiosas; caráter hedonista, ou seja, prazer, alegria e felicidade obtidos com a execução das atividades, caráter pessoal, dependente do interesse pessoal e experiências individuais”. Rodrigues (2002) destaca o fato de que, mesmo implicitamente, o lazer encontra-se ligado a alguma ocupação e implica em possibilidades de desenvolvimento pessoal e social. Observa-se que segundo este conceito de lazer, este exclui as atividades consideradas como obrigatórias pelo indivíduo.

Diferentes concepções de lazer resultaram na inclusão de atividades distintas sob esta categoria. Lazer pôde ser compreendido como uma atividade complexa (SILVA e col., 2006), que pode representar liberdade e autonomia (SOUZA, 2007) ou ainda ser promotora do desenvolvimento humano nos âmbitos pessoal e social (GÁSPARI e SCHWARTZ, 2005).

As funções das atividades de lazer concordam com DUMAZEDIER (1976) apud RODRIGUES (2002) e visam relaxamento, entretenimento, auto-conhecimento (MAURO e col., 2001). Observou-se, em alguns casos, a inclusão das atividades físicas neste subconjunto (ONISHI e col., 2006) e, em outros, as atividades sociais. (DUMAZEDIER (1967) apud ALMEIDA (2003); PETERSON, 1984; SOUZA, 2007; GARCÍA-MARTÍN e col., 2004; WERGREN-ELGSTRÖM e col., 2006).

- Lazer segundo o grau de esforço físico

No domínio de lazer foram incluídas atividades relacionadas à execução de atividade física regular, envolvimento em esportes coletivos, atividades que demandam maiores capacidades físicas, como limpeza pesada do domicílio ou outras atividades com maior envolvimento físico. Também foram incluídas as tarefas físicas que usam predominantemente membros superiores ou execução de tarefas relacionadas à mobilidade, como subir escadas, caminhadas longas e carregar peso (NAGI, 1976).

Alguns autores dividem as atividades de lazer quanto ao grau de envolvimento em atividades físicas, denominando-as dessa forma de ativas ou passivas (LENNARTSON e SILVERSTEIN, 2001; GAUTHIER e SMEDDING, 2003; EVERARD e col., 2000). Já DUPUIS e SMALE (2000) classificaram as atividades de lazer em passivas (hobbies e atividades manuais), físicas (caminhada, esportes) e sociais (visitar amigos, frequentar instituições sociais).

- Lazer segundo o uso do tempo

Sob o termo “atividades de tempo livre” foram incluídas atividades sociais, recreativas e voluntariado (PETERSON, 1984; SOUZA, 2007; GARCÍA-MARTÍN e col., 2004). Sob o termo “lazer”, observou-se a inclusão dos domínios social, produtivo e recreativo. (WRANG e col., 2002; SOUZA, 2007; GARCÍA-MARTÍN e col., 2004). Os termos “trabalho” e “lazer” concentram-se, normalmente, em dimensões opostas, o que não é observado com voluntariado que, algumas vezes, é considerado também como lazer (PETERSON, 1984; MANSVELT, 1997). Entretanto, GARCÍA-MARTÍN e col. (2004) referem que as atividades de lazer podem ser também produtivas, com o recebimento de remuneração pelos produtos obtidos.

- Lazer segundo atividade física e contatos sociais

Segundo LENNARTSSON e SILVERSTEIN (2001), “lazer” pode ser dividido em:

- a) **atividades sócio-afetivas** – visitar e ser visitado por amigos e parentes;
- b) **atividades sócio-culturais** - ir ao cinema, ao teatro, à concertos, à museus, à restaurantes e participar em grupos de estudo;
- c) **atividades individuais sedentárias**: leitura de livros e jornais, solucionar passatempos cognitivos (palavras cruzadas, quebra-cabeças);
- d) **atividades ativas solitárias** – jardinagem, passatempos ativos (esportes).

- Lazer segundo tipos de habilidades envolvidas:

CAMARGO (1999), DUMAZEDIER (2000) e SOUZA (2007) utilizam como classificação para as atividades de lazer:

- a) **atividades físicas desenvolvidas em espaços técnicos ou informais** - são atividades de caráter associativo, geralmente realizadas em grupos;
- b) **atividades manuais** - ligadas ao prazer de manipular (elementos da natureza ou artificiais), geralmente envolvendo habilidades de coordenação motora fina;
- c) **atividades artísticas** - ligadas à cultura popular ou erudita;
- d) **atividades associativas** – são as chamadas atividades sociais relacionadas ao contato com a rede social de suporte;
- e) **atividades intelectuais** - ligadas à aprendizagem e ao conhecimento;
- f) **atividades turísticas** - relacionadas ao conhecimento de novos lugares, contemplação da paisagem.

PETERSON (1984) faz referência a sete tipos de “**atividades de tempo livre**”:

- a) **lazer passivo** – televisão, visitas;
- b) **lazer ativo** - camping, boliche, e similares;
- c) **arte amadora e atividade artesanal** – atividades artísticas e artesanato de envolvimento voluntário, por prazer, ainda que possa existir remuneração pelo produto das mesmas;
- d) **participação em artes** - como consumidor de qualquer atividade artística, tais como visitas a museus, assistir a concertos ou a campeonatos;
- e) **atividade folclórica** - qualquer atividade étnica comunitária;
- f) **vida social informal** - festas, conversas e similares;
- g) **participação social organizada** - voluntariado formal, atividades fraternas, políticas e religiosas.

NILSSON e col. (2006) utilizam o termo “**lazer**” para denominar as atividades sócio-recreativas. Construíram uma escala de avaliação do desempenho real nessas atividades, com base em índices de motivação e percepção de bem-estar ao executá-las. Os autores criticam a abordagem ordinal, no tempo de envolvimento ou frequência das atividades, por não mencionarem fatores subjetivos contidos no desempenho das mesmas.

Discute-se o fato de que o caráter de livre escolha desinteressada, contido em todas as definições e classificações de lazer apresentadas é meta impossível de ser conseguida em sociedades de ideologia capitalista presenciadas na maioria dos países. Há grande influência dos interesses econômicos, culturais, sociais e políticos sobre as escolhas das atividades de lazer. Especialmente relacionado ao envelhecimento, o aumento do tempo livre com o afastamento do trabalho e aposentadoria, faz com que

exista uma ideologia em prol do envolvimento em atividades de lazer, associado a idéias de saúde e mudanças de estilo de vida, dentro de uma visão compensatória e funcionalista de envelhecimento. (RODRIGUES, 2002; DEBERT, 1999).

❖ DOMÍNIO PRODUTIVO

Na literatura analisada observou-se maior semelhança com relação ao uso dos termos referentes ao domínio produtivo. As atividades produtivas podem ser compreendidas como as que produzem bens ou serviços (HSU, 2007; GLASS e col., 2006) tais como: atividades de trabalho remunerado formal ou informal, trabalho doméstico não remunerado, assistência informal a outros e voluntariado. Aspectos como reconhecimento social, preservação de identidade, satisfação, aprendizagem, desenvolvimento de habilidades, oportunidades de convívio social foram os principais destaques encontrados (CHOI e BOHMAN, 2007; ALMEIDA, 2003; WERGREN-ELGSTRÖM e col., 2006; BURR e col., 2007; HSU, 2007). (ANEXO VI)

Existem atividades que podem ser ao mesmo tempo prazerosas, de envolvimento voluntário e resultar em produtos que auxiliem na subsistência. Um exemplo desse tipo de atividades é o artesanato, a qual pode ser incluída concomitantemente nos domínios lazer e produtivo.

4.4 CARACTERIZAÇÃO DAS AAVDs ENCONTRADAS NOS ESTUDOS

A terminologia AAVDs foi identificada em 35 publicações. De modo geral os estudos utilizaram REUBEN et. col. (1990), com referência aos grupos de atividades sociais, produtivas, físicas e de lazer sob o conceito de AAVDs. Em sua maioria os estudos discutiam a avaliação funcional do idoso, não tendo sido encontrados estudos empíricos, exploratórios ou analíticos que avaliassem o impacto das dessas atividades no envelhecimento. Apesar disso, nas definições de AAVDs foram citados aspectos relacionados com qualidade de vida, saúde física e mental (FONSECA e RIZZOTTO, 2008; ROLIM e FORTI, 2005; ROLIM, 2005; POVEDA e col., 2005).

As AAVDs foram citadas como as primeiras atividades a serem perdidas na emergência de incapacidades físicas ou cognitivas, por serem relacionadas aos mais altos níveis de aprendizagem e influenciadas por habilidades físicas, cognitivas e sócio-culturais mais complexas (MANUBENS BERTRAN, 2003; ALTIMEI LOSADA e col., 2007; PASCHOAL, 2002; GÓMEZ PORTILLA e col., 2008; MARTOS MARTÍN, 2005). A complexidade das atividades foi um aspecto levantado por vários autores que utilizaram a terminologia AAVD, porém, este conceito não foi esclarecido nos textos. Infere-se que a complexidade seja devida ao caráter multidimensional das AAVDs, uma vez que demandam concomitantemente habilidades pessoais físicas, cognitivas e sócio-emocionais.

KORETZ e REUBEN (2003) referem que o maior nível de atividade das pessoas idosas é representado pelas AAVDs. São tarefas como trabalho, freqüentar serviço religioso, voluntariado e manutenção de *hobbies*. Essas atividades são mais complexas e requerem os mais altos níveis de múltiplas habilidades para serem completadas e são as mais sensíveis às mudanças do estado funcional.

Estudos mais recentes discutiram a importância da avaliação geriátrica e de suas aplicações em populações de idosos com doenças específicas, como câncer e doenças cardíacas. (GARMAN e COHEN, 2002;

DEMERS e col., 2000). O uso do termo AAVDs foi utilizado para avaliação de atividades de maior complexidade que as AVD e AIVD, e relacionadas pelos autores como influenciadas por aspectos sociais, emocionais, funcionais e econômicos, os quais podem ter conseqüências sobre o estado de saúde e a qualidade de vida. Estudos com pacientes oncológicos ou cardiopatas mencionaram a importância da inclusão das AAVDs na avaliação geriátrica abrangente; no entanto, não foram mencionados instrumentos específicos que as contemplassem. (GARMAN e COHEN, 2002; DEMERS e col., 2000)

Em revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação funcional da pessoa idosa não foram encontrados instrumentos estruturados que avaliassem especificamente as AAVDs. (PAIXÃO JR. e REICHENHEIM, 2005). Nesse estudo, o termo “Atividades Avançadas de Vida Diária – AAVDs” incluiu as atividades voluntárias, ocupacionais e de recreação. A detecção de dificuldades nessas atividades mostrou-se preditora de perdas funcionais futuras conforme os conceitos definidos por REUBEN E SOLOMON (1989). Destaque foi dado à incapacidade diagnóstica dos questionários e escalas tradicionalmente utilizadas para o diagnóstico das condições relacionadas ao contexto psicossocial e para complexidade do conceito de incapacidade, quanto aos aspectos pessoais e contextuais envolvidos (NIKOLAUS, 2001; DEMERS e col. 2000; GARMAN e COHEN, 2002; SINDACO e col. 2002).

CALDAS (2003) em estudo sobre aspectos referentes à dependência no envelhecimento destacou a importância da existência de programas que envolvam desde ações promotoras de saúde até redes de apoio a cuidados de longa duração. As AAVDs, nesse contexto, foram definidas como marcadoras de atos mais complexos e relacionadas à auto-motivação, como trabalho, atividades de lazer, contatos sociais, exercícios físicos, etc. Aspectos como participação social e gestão econômica além da preservação da autonomia foram destacados como características de pessoas independentes.

A partir dos estudos analisados, as AAVDs podem ser caracterizadas como as atividades mais complexas da vida diária que requerem controle do

ambiente físico, cultural e social e estão relacionadas à execução de papéis sociais como desenvolvimento pessoal, integração e habilidades sociais (FONSECA e RIZZOTTO, 2008; MINCATO e FREITAS, 2007; MARTOS MARTÍN, 2005; LOZANO, 2004; MANUBENS BERTRAN, 2003; CALDAS, 2003; ROMERO e MORUNO, 2003; SALVADORES, 2003; JAVIER GÓMEZ, 2003; POLÔNIO LÓPEZ, 2002; ALARCÓN, 1996; PAIER, 1994).

As AAVDs são altamente influenciadas por fatores motivacionais e educacionais e que envolvem subjetividade em sua escolha, o que dificulta a criação de uma escala universal (JARDIM, 2007; LOBO e PEREIRA, 2007; ROLIM e FORTI, 2005; MARTOS MARTÍN, 2005; SINDACO e col., 2004; CALDAS, 2003; MANUBENS BERTRAN, 2003; POLÔNIO LÓPEZ, 2002; PAIER, 1994; REUBEN e col., 1990; PAIER, 1994; REUBEN E SOLOMON, 1989). São atividades que não se relacionam à sobrevivência independente na comunidade (FONSECA e RIZZOTTO, 2008; MINCATO e FREITAS, 2007; ROLIM e FORTI, 2005; REUBEN E SOLOMON, 1989; SILVA, 2005; PENNING, 2002; ROMERO e MORUNO, 2003; POLÔNIO LÓPEZ, 2002; MARTOS MARTÍN, 2005; ALARCÓN, 1996) e são preditoras de perdas funcionais futuras (PAIXÃO JR. e REICHENHEIM, 2005; FONSECA e RIZZOTTO, 2008; LOBO e PEREIRA, 2007; GARMAN e COHEN, 2002; POLÔNIO LÓPEZ, 2002; MARTOS MARTÍN, 2005).

O quadro 1 apresenta as definições das AAVDs utilizadas pelos autores nos estudos envolvidos.

Quadro 1. Descrição das AAVDs segundo os estudos analisados. São Paulo. 2009

Autores	Descrição
JOHNSON e WOLINSKY, 1993	AVD usualmente classificadas como AVD e AIVD, relacionadas em maior parte ao funcionamento mental - cognição.
PAIXÃO JR. e REICHENHEIM, 2005	Incluem também atividades voluntárias sociais, ocupacionais e de recreação. Dificuldades em participar dessas atividades podem não indicar perda funcional atual, mas risco de perdas futuras ainda mais importantes.
CAMARA, 2005	Refere-se às atividades ligadas à manutenção das funções ocupacionais, recreativas e de prestação de serviços comunitários.
FONSECA e RIZZOTTO, 2008	São atividades consideradas de alta complexidade para idosos, revelando que o indivíduo que as pratica tem um nível de atividade aumentado, o que na maioria dos casos demonstra uma melhor qualidade de vida. Incluem atividades como dirigir automóvel, praticar esporte, realizar atividades manuais, andar de bicicleta, tocar instrumento musical, viajar, participar de serviço comunitário e de atividades políticas. Embora estas atividades não sejam essenciais para definir a independência, a capacidade de o idoso desempenhá-las pode contribuir para uma melhor saúde física e mental e por conseqüência ter uma melhor qualidade de vida. O declínio na habilidade para desempenhá-las é um indicador precoce de redução da capacidade funcional.
JARDIM, 2007	Auto-motivação – trabalho, atividades de lazer, contatos sociais.
PEÑA-CASANOVA e col. 1997	Hobbies
MINCATO e FREITAS, 2007	As AAVD requerem capacidades mais complexas, podendo se apresentar em nível de atividades sociais (emprego, viagem, hobbies, grupos sociais), religiosas ou físicas (atividades recreativas, artesanato), ou seja, são as funções necessárias para se viver sozinho.
CALDAS, 2003	As AAVD são marcadoras de atos mais complexos, e em grande parte, ligados à auto-motivação, como trabalho, atividades de lazer, contatos sociais, exercícios físicos, etc.
LOBO e PEREIRA, 2007	Incluem atividades voluntárias, sociais, ocupacionais e de recreação. Dificuldades em participar nestas atividades podem não

Autores	Descrição
	indicar perda funcional atual, mas risco de perdas futuras.
ROLIM e FORTI, 2005	AAVD, como dirigir automóvel, praticar esporte, tocar instrumento musical, participar de serviços voluntários e de atividades políticas, entre outras, não são fundamentais para uma vida independente, porém demonstram uma maior capacidade funcional e independência e podem contribuir para uma melhor saúde física e mental e, por conseguinte, melhor qualidade de vida. Sua realização depende de vontade, desejo, motivação, além dos fatores culturais e educacionais.
PINKUS e col., 1999	Foram incluídas as atividades: sair para fazer compras; subir um andar pelas escadas, caminhar duas milhas, correr ou trotar duas milhas, dirigir um carro cinco milhas de sua casa, participar de esportes e jogos como gostaria.
PAIER, 1994	Exemplos de AAVD incluem emprego, viagens, hobbies e participação em grupos sociais. AAVD incluem funções físicas e sociais cuja perda pode indicar declínio funcional antes das demais atividades. Domínios das atividades avançadas de vida diária. Outras dimensões tais como função social, emprego, hobbies, interesses e habilidades (tais como cozinhar um jantar para amigos e pescar) podem ser medidas válidas para as AAVD. Altos níveis de função, tarefas e papéis tendem a ser mais individualizados. É improvável uma escala que possa medir AAVD universalmente.
SINDACO e col., 2004	As AAVD compreendem funções relacionadas a fatores culturais e motivacionais e correlacionam-se com atividades recreativas, sociais e de emprego.
ROZZINI e col., 1996	AAVD avalia os níveis de frequência do relacionamento com amigos e parentes, uso do telefone, passatempos, assistirem a reuniões ou associações.
GARMAN e COHEN, 2002	Atividades avançadas de vida diária (AAVD) representam as primeiras áreas em que uma pessoa idosa mostra incapacidade funcional. AAVD habilidades podem ser divididas em físicas e atividades sociais. Exemplos de AAVD físicas são atividades como exercícios físicos, ou hobbies vigorosos, como jardinagem. Podem ser avaliadas perguntando-se se a pessoa participa de exercício vigoroso ou não, seguindo sobre questões do tempo de passeios curtos. Exemplos de AAVD de inclusão social: comer em restaurantes, viagens, entretenimento, e frequência de serviços religiosos. AAVD tornam-se mais úteis na avaliação de um paciente ao longo do tempo, com a monitoração das mudanças.

Autores	Descrição
BESSER e PRIEL, 2007	AAVD são as atividades de lazer.
REUBEN e col., 1990	Categorias das AAVD: física, social, emprego, hobbies e interesses, habilidades.
REUBEN e SOLOMON, 1989	As AAVD podem ser consideradas um "luxo" funcional, além do que é necessário para manter uma vida independente. Relacionadas à volição, são específicas para cada indivíduo e influenciadas por forças culturais e motivacionais. Elas se relacionam normalmente às funções recreativas, ocupacionais, altruísticas, ou funções de serviços comunitários.
PASCHOAL, 2002	As AAVD podem ser consideradas um "luxo" funcional, além do que é necessário para manter uma vida independente. Não são específicas das pessoas idosas, mas, teoricamente, declinam mais no envelhecimento.
SILVA, 2005	AAVD: funções necessárias para se viver sozinho; entre elas, estão as funções ocupacionais, recreativas e prestação de serviços comunitários.
PENNING, 2002	Trabalho vigoroso, tomar medicações, cuidar do dinheiro e gerenciar finanças a longo termo.
HO e col., 2002	<p>AVD intelectual (capacidade de preencher formulários, ler jornais, ler livros ou revistas e ter ou mostrar interesse em programas de televisão ou reportagens sobre assuntos relacionados com a saúde), AVD sociais (possibilidade de visitar amigos, dar conselhos aos parentes e amigos, visitar alguém no hospital, tomar a iniciativa para conversas com pessoas mais jovens;</p> <p>AAVD: soma das atividades instrumentais, intelectuais e sociais.</p> <p>AVD comunicação: capacidade de ouvir, ver, conversar, fazer chamadas telefônicas e lembrar dos acontecimentos do dia.</p>
BORGES, 2006	Relacionadas à participação em eventos sociais, atividade física e religiosa. As Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVDs), ou Atividades Expandidas de Vida Diária (AEVDs), também estão relacionadas à capacidade funcional. As AEVDs incluem as atividades voluntárias, sociais, ocupacionais e de recreação. Perracini, Najas e Bilton (2002) destacam que a participação em atividades sociais e de lazer não devem ser negligenciadas. No envelhecimento acompanhado de limitações, a diminuição no desempenho de atividades da vida cotidiana geralmente acarreta isolamento social e restrições nas atividades.

Autores	Descrição
ROMERO e MORUNO, 2003	As AAVD têm sido pouco estudadas e normalmente se incluem nestas as atividades de lazer e tempo livre e as atividades mais complexas que realiza o ser humano e que facilitam o desenvolvimento pessoal e a integração social. Dentro das atividades de lazer, é normal incluir avaliações de interesses, apesar de não estar unicamente centradas nos interesses da área lazer e serem utilizadas fundamentalmente com este fim.
MANUBENS BERTRAN, 2003	O conceito de atividades avançadas da vida diária separa algumas tarefas instrumentais para identificar os comportamentos produzidos para controlar o ambiente físico e social, permitindo que o indivíduo cumpra seu papel na sociedade, mantenha a saúde mental e goze de boa qualidade de vida. Embora as atividades básicas possam ser consideradas independentes de sexo, e relativamente independente do nível cultural, a avaliação das atividades instrumentais e avançadas deve levar em conta o nível destas antes do adoecimento e características específicas de cada sujeito, não só fortemente ligada ao sexo, mas também o ambiente social e cultural. É por isso que as escalas para medir AAVD são ineficientes.
LOZANO, 2004	Atividades desenvolvidas na comunidade.
POLÔNIO LÓPEZ, 2002	Atividades avançadas de vida diária (AAVD): são atividades complexas relacionadas com o estilo de vida do indivíduo, o que faz com que sua mensuração universal seja difícil. São atividades do tipo lúdico e relacional, condutas elaboradas de controle do meio físico e do ambiente social que permitem ao indivíduo o desenvolvimento de seus papéis sociais (atividades de lazer, participação em grupos, contatos sociais, viagens, esportes, etc.). Não são necessárias para viver independentemente no ambiente, mas sua deterioração constitui um indicador precoce de disfunção. Alguns exemplos de escalas existentes são a escala de saúde do idoso de Guttman ou a Escala de Medida funcional das AAVDs de Reuben e col.
JAVIER GÓMEZ, 2003	As atividades avançadas de vida diária (AAVD) são aquelas tarefas mais complexas que o sujeito desempenha como parte de recreação e realização pessoal. Incluem passatempos, atividades sociais, esportes, etc. Ainda que existam algumas escalas que mensurem as atividades sociais, não foi demonstrada sua utilidade clínica.
POVEDA e col., 2005	AAVD ou avaliação da mobilidade: caminhadas e subir escadas, alcançar no alto (por exemplo, levantar os braços sobre o nível da cabeça) e para avaliar força muscular dos membros superiores

Autores	Descrição
	(capacidade para levantar ou carregar pacotes) e inferiores (capacidade de se sentar e ficar em pé, subir escadas) 17. Foram incluídas nas AAVD algumas das atividades propostas por Nagi, como agachar-se, carregar 5 kg de peso e buscar uma moeda a partir de uma superfície lisa.
ZETINA e col., 2007	São as atividades sociais.
GÓMEZ PORTILLA e col., 2008	Atividades relacionadas à vida social.
SANJOAQUÍN ROMERO e col., 2006	As AAVDs incluem aquelas que permitem ao indivíduo cooperar em atividades sociais, atividades recreativas, trabalho, viagem e de exercício físico intenso.
ALARCÓN, 1996	Não são indispensáveis para uma vida independente. Revelam a capacidade para executar um elevado nível de função física. Estas atividades incluem realizar excursões, participação em grupos sociais ou religiosos, hobby, ou praticar alguns esportes.
SALVADORES, 2003	As AAVD supõem um nível de complexidade elevado. O paciente deverá controlar o meio físico e seu contexto social. A avaliação é centrada se o indivíduo é capaz de desenvolver um papel social de forma independente. É fundamental a avaliação das atividades sociais.
MARTOS MARTÍN, 2005	<p>As AAVDs exigem um amplo intervalo de funcionamento. Seu abandono pode supor o início do declínio funcional. É muito influenciada por questões culturais, hábitos de vida, níveis econômicos, etc. Por isso, é muito difícil a elaboração de um questionário que as avalie de uma maneira válida e confiável. A avaliação da atividade física, dentro destas atividades é muito importante. Os estudos epidemiológicos constatarem os benefícios de se manter uma atividade física regular, com relação ao risco de morbi-mortalidade e de prognóstico funcional. A mensuração das AAVD nasce como uma intenção de detecção precoce da deterioração funcional. As escalas existentes medem atividades físicas ou sociais não essenciais para a manutenção da vida independente, realização de exercícios intensos, esportes, trabalho, recreação, viagens, participação em grupos sociais ou religiosos, etc.</p> <p>O conceito das AAVD engloba uma série de atividades especialmente complexas, separadas das atividades instrumentais. As principais atividades avaliadas são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - atividades físicas: exercícios intensos, trabalho.

Autores	Descrição
	<p>- atividades sociais: recreação, viagens, participação social.</p> <p>- atividades mistas: esporte, etc.</p> <p>Atividades avançadas de vida diária são um conjunto de atividades de condutas elaboradas para controle do meio físico e do ambiente, que permitem ao indivíduo desenvolver um papel social, manter boa saúde mental e desfrutar de uma excelente qualidade de vida. Estas atividades englobam: praticar esportes, fazer trabalhos intensos de jardinagem, hobbies, viajar ou manter atividade profissional. A pronta detecção da deterioração destas atividades pode converter-se em um marcador precoce de enfermidades (por exemplo demências), porém dada a variedade transcultural, não se tem encontrado uma escala útil que sirva para sua mensuração válida e confiável.</p>

Fonte: Dados da pesquisa

4.4.1 GRUPOS DE ATIVIDADES COMPREENDIDOS NAS AAVDS.

Apesar de aparentemente baseados na mesma definição de REUBEN e SOLOMON (1989) os estudos citados diferiram quanto aos grupos de atividades descritas como AAVDs, bem como em sua abrangência. Por envolver múltiplos papéis e habilidades, uma mesma AAVD pode pertencer a mais de um grupo. Esse caráter misto de muitas das AAVDs somente recebeu destaque no trabalho de MARTOS MARTÍN (2005). O exemplo a seguir busca explicitar o descrito:

“ a prática de esportes pode ser considerada lazer para alguns e atividade produtiva para outros; ir à igreja pode ser uma atividade social para muitos e uma atividade produtiva e de lazer para outros...”

MARTOS MARTÍN (2005).

Os autores fizeram referência às AAVDs, envolvendo grupos distintos de atividades. De modo geral, os grupos de maior prevalência foram as atividades sociais, produtivas e de lazer:

- a) Envolvem atividades instrumentais, funcionamento mental/cognição/comunicação (HO e col., 2002; JOHNSON e WOLINSKY, 1993)

- b) São divididas em atividades sociais, produtivas e de lazer. As atividades físicas foram incluídas sob a categoria lazer (PAIXÃO JR. e REICHENHEIM, 2005; CAMARA, 2005; FONSECA e RIZZOTTO, 2008; JARDIM, 2007; MINCATO e FREITAS, 2007; LOBO e PEREIRA, 2007; PAIER, 1994; SINDACO e col., 2004; SILVA, 2005; REUBEN E SOLOMON, 1989; BORGES, 2006; JAVIER GÓMEZ, 2003; MARTOS MARTÍN, 2005);**
- c) As AAVD envolvem as atividades de lazer, que por sua vez, incluíram as atividades sociais e físicas (JAVIER GÓMEZ, 2003; BESSER e PRIEL, 2007; PEÑA-CASANOVA e col. 1997);**
- d) As AAVD são divididas em atividades físicas, sociais, produtivas e de lazer (CALDAS, 2003; POLÓNIO LÓPEZ, 2002; SANJOAQUÍN ROMERO e col., 2006);**
- e) As AAVD compreendem as atividades sociais, incluindo atividades físicas e de lazer (MINCATO e FREITAS, 2007; ROZZINI e col., 1996; LOZANO, 2004; ZETINA e col., 2007; GÓMEZ PORTILLA e col., 2008; SALVADORES, 2003);**
- f) As AAVD são divididas em atividades físicas e sociais. Sob estas últimas incluem-se as atividades de lazer (GARMAN e COHEN, 2002; REUBEN e col. 1990);**
- g) As AAVDs são atividades físicas de alta demanda (PINKUS e col., 1999; POVEDA e col., 2005);**
- h) As AAVD incluem atividades físicas, sociais e mistas, de forma que o lazer está presente entre estes três grupos de atividades. (MARTOS MARTÍN, 2005)**

O quadro 2 permite maior visualização dos grupos de atividades descritos sob a terminologia AAVDs:

Quadro 2. Grupos de atividades mencionados nos estudos sob a terminologia AAVD. São Paulo, 2009.

Grupos de atividades mencionados sob a terminologia AAVD								
Autores	Tipos de atividades							
	instrumentais	cognitivas	comunicativas	Físicas	sociais	produtivas	lazer	mistas
HO e col., 2002; JOHNSON e WOLINSKY, 1993	x	x	x					
PAIXÃO JR. e REICHENHEIM, 2005; CAMARA, 2005; FONSECA e RIZZOTTO, 2008; JARDIM, 2007; MINCATO e FREITAS, 2007; LOBO e PEREIRA, 2007; PAIER, 1994; SINDACO e col., 2004; SILVA, 2005; REUBEN E SOLOMON, 1989; BORGES, 2006; JAVIER GÓMEZ, 2003; MARTOS MARTÍN, 2005					x	x	x	
JAVIER GÓMEZ, 2003; BESSER e PRIEL, 2007; PEÑA-CASANOVA e col. 1997							x	
CALDAS, 2003; POLÓNIO LÓPEZ, 2002; SANJOAQUÍN ROMERO e col., 2006				x	x	x	x	
MINCATO e FREITAS, 2007; ROZZINI e col., 1996; LOZANO, 2004; ZETINA e col., 2007; GÓMEZ PORTILLA e col., 2008; SALVADORES, 2003					x			
GARMAN e COHEN, 2002; REUBEN e col. 1990				x				
PINKUS e col., 1999; POVEDA e col., 2005				x	x			
MARTOS MARTÍN, 2005				X	x			x

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se que foram incluídos, basicamente, os mesmos conjuntos de atividades: sociais, físicas, produtivas e de lazer. Três trabalhos (PENNING, 2002; HO e col., 2002; JOHNSON e WOLINSKY, 1993) incluíram as AIVD na categoria das AAVDs, no entanto, com referência às atividades de maior complexidade da vida diária. Outros dois estudos (PINKUS e col., 1999; POVEDA e col., 2005) incluíram sob o termo AAVDs somente as atividades físicas de alta demanda, referindo-se às atividades de Nagi, relacionadas ao funcionamento da metade superior e metade inferior do corpo humano.

De modo ilustrativo, apresenta-se o quadro com a distribuição percentual comparativa das atividades estudadas, distinguindo-se os estudos que utilizaram a terminologia AAVDs e das outras terminologias. Observa-se que a distribuição das atividades é bem semelhante, com destaque aos conjuntos de atividades sociais, produtivas e de lazer. No

entanto, destaca-se a importância do estudo sobre o impacto do desempenho do voluntariado na literatura científica internacional, o que, curiosamente, quase não houve menção entre os trabalhos que utilizaram o termo AAVDs. Nota-se o número reduzido de estudos que incluíram as atividades intelectuais e políticas no conjunto das AAVDs.

Tabela 2. Distribuição (%) das atividades segundo citações nos estudos. São Paulo, 2009.

Atividades	AAVDs	%	Outras classificações	%
Sociais	29	34,5	40	26,5
Lazer	24	28,6	31	20,5
Trabalho	15	17,9	22	14,6
Atividade física/esportes	10	11,9	16	10,6
Políticas	3	3,6	1	0,7
Voluntariado	2	2,4	32	21,2
Intelectuais	2	2,4	4	2,6
Mistas	1	1,2	1	0,7
Solitárias	-	-	4	2,6
Total	84	100,0	151	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

4.5 INCLUSÃO DE AAVDS EM INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

Constatou-se não há consenso quanto à avaliação do conjunto ou subconjuntos das atividades referentes às AAVDs. Estas dificuldades já foram mencionadas previamente por REUBEN e col. (1990) e estão relacionadas aos fatores subjetivos destas atividades.

Embora os autores que utilizaram a terminologia AAVDs tenham se referido ao reduzido número de instrumentos validados que as avaliem, foram encontrados em vários outros instrumentos a inclusão de atividades sociais, produtivas e de lazer entre seus itens de avaliação. As escalas as

classificaram quanto às dificuldades de execução, grau de assistência, frequência do desempenho, interesse pela atividade. Observa-se no quadro a referência de muitas atividades comuns pelos diferentes questionários, com distinções, entretanto, das categorias de análise de cada item. Verifica-se que a atividade de “assistir televisão”, apesar de tão comum entre os idosos, apareceu em poucos instrumentos. (Quadro 3)

A terminologia específica “atividades avançadas de vida diária” foi somente encontrada nos instrumentos HES, IFSITE e MDHAQ; em todos os outros, tais atividades foram referidas como atividades sociais, físicas, produtivas e de lazer.

Apresentam-se abaixo características dos questionários encontrados que reúnem atividades pertencentes ao grupo das AAVDs. Foram incluídos somente três questionários desenvolvidos no Brasil e duas adaptações de instrumentos americanos, o que ressalta a necessidade de novos estudos brasileiros para desenvolvimento de instrumentos adaptados às características socioculturais da população idosa brasileira.

Mencionaram-se brevemente indicadores de *validade e de confiabilidade dos instrumentos*, conforme estes estivessem disponíveis na literatura. No entanto, os instrumentos não foram selecionados segundo estes critérios, mas pelo fato de reunirem AAVDs entre seus itens. Segundo KELSEY e col. (1996), a validade de um instrumento pode ser entendida como a sua capacidade em realmente medir aquilo que ele se propõe a medir. Para se obter a validade de um instrumento, utilizam-se medidas de validade de conteúdo (se o instrumento realmente abrange os diferentes aspectos do seu objeto), de construto (demonstração de que o instrumento realmente mede aquilo a que se propõe) e de critério (grau com que o instrumento discrimina entre pessoas que diferem quanto às características, a partir de um critério padrão).

Por sua vez, o termo confiabilidade geralmente é utilizado para se referir à reprodutibilidade de uma medida, ou seja, o grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo objeto. (KELSEY e col., 1996)

Para facilitar a leitura, a referência aos instrumentos foi dividida segundo seus principais objetivos de avaliação: *capacidade funcional e qualidade de*

vida. Todos os questionários estão disponíveis na íntegra em CD-ROM (Anexo VII).

❖ CAPACIDADE FUNCIONAL

a) HES – Hierarquical Exercise Scale (REUBEN e col., 1990)

Somente REUBEN e col. (1990) desenvolveram e validaram o primeiro questionário específico para avaliação das AAVDs. Os próprios autores afirmam a necessidade de estudos posteriores com maior profundidade para aprimoramento da avaliação das AAVDs. Os autores realizaram um escalonamento a partir da Escala de Guttman para os quatro níveis de exercícios contidos no instrumento e obtiveram coeficientes de reprodutibilidade (0.96) e de validade de critério (0.80).

O *HES – Hierarquical Exercise Scale* (REUBEN e col., 1990) contempla:

- *AAVDs Físicas*: Participação em esporte ativo ou atividades cotidianas de alta demanda física, frequência de caminhada e percurso percorrido.
- *AAVDs Sociais*: receber amigos, visitas a amigos, sair para alimentar-se com alguém, hobbies, viagens.

No estudo, os idosos foram divididos em exercitadores vigorosos freqüentes, idosos que exercem caminhadas longas freqüentes, idosos que exercem caminhadas curtas freqüentes e não exercitadores. Esses dados foram cruzados com o desempenho das AAVDs sociais (se realiza ou não as atividades). Percebe-se ênfase ao desempenho de AAVD físicas no instrumento, apesar de que os autores apontam que nem todas as medidas de função social estão relacionadas à atividade física, de forma que baixos níveis de desempenho em AAVDs de domínio físico não implicam, necessariamente, em um baixo nível de desempenho de AAVDs sociais, exceto naquelas que envolvem maior necessidade de capacidade física.

b) IFSITE - Inventory of Functional Status in the Elderly (PAIER, 1994) .

O objetivo do questionário IFSITE consiste em avaliar papéis primários, secundários e terciários de atividades em pessoas muito idosas. Neste estudo, a autora enfatiza que o instrumento promove uma perspectiva mais abrangente na mensuração das AAVDs. As possibilidades de resposta para cada atividade são baseadas na frequência do desempenho: nunca fiz, nunca faço agora, faço às vezes, faço frequentemente, faço a maior parte do tempo. O questionário pode ser auto-respondido pelos idosos.

As AAVDs são divididas em categorias de *atividades sociais e comunitárias; trabalho/voluntariado, cuidado de outros, atividades de lazer.*

O questionário obteve coeficientes de validade de conteúdo de 0.89, consistência interna de 0.41 a 0.77, reprodutibilidade teste-reteste de 0.34. Apesar dos valores reduzidos dos coeficientes de reprodutibilidade, a autora cita a necessidade de estudos posteriores com amostras maiores.

c) Escala de Atividades Avançadas de Vida Diária (AYUSO, 2006)

A *Escala de Atividades Avançadas de Vida Diária (AYUSO, 2006)* é ainda, um instrumento não validado. Dedicado à avaliação das AAVDs, envolve perguntas semi-estruturadas sobre do uso do tempo, motivação para a realização e dificuldades encontradas para o desempenho das atividades sociais, produtivas e de lazer.

Utiliza como parâmetros da avaliação o nível de dependência nas atividades (0- dependente, 1- dependente mas colabora, 2- necessita de auxílio de outra pessoa, 3- necessita de supervisão, 5- independente.) A pontuação máxima é 168. Pontuações entre 108 e 90 indicam deterioração leve.

d) FAI - Frenchay Activities Index (HOLBROOK e SKILBECK, 1983)

O questionário FAI é considerado conciso, rápido e de fácil compreensão, destinado inicialmente à avaliação da capacidade funcional de pessoas que sofreram Acidente Vascular Encefálico (AVE). Posteriormente passou a ser utilizado para avaliação das atividades sociais e de lazer em idosos da comunidade.

Envolve a avaliação de dois conceitos principais, segundo SCHULING e col. (1993):

- 1) Dificuldades nas AIVDs: *dentro de casa* (correspondente às perguntas de 1 a 5) , *fora de casa* (perguntas 6,8, 10-13) e *atividades físicas*
- 2) Alguns elementos contidos no conceito de deficiência (perguntas de 7-9).

O escore do instrumento é obtido a partir da soma total das respostas dos 13 itens.

Destaca-se o fato de que os autores utilizam o conceito de AIVDs neste instrumento, apesar do envolvimento de atividades de maior complexidade, trabalho remunerado, atividades sociais e de lazer. É possível que este fato seja devido à publicação anterior ao trabalho de REUBEN e SOLOMON (1989), o qual estabeleceu pela primeira vez o conceito de AAVDs.

Os autores citam coeficientes de confiabilidade do instrumento de 0.78 a 0.87. A validade de construto foi obtida a partir da comparação com o Barthel Index (0.66).

e) AAP - Perfil de Atividades de Adelaide (CLARK e BOND, 1995).

Este questionário foi elaborado a partir do Frenchay Activities Index e tem por objetivo avaliar atividades sociais e de lazer, inicialmente em idosos e pessoas que sofreram acidente vascular encefálico (AVE). Os autores mencionam aprimoramento em relação ao Frenchay Activities Index no que se refere a uma maior abrangência de atividades e mensuração da freqüência o desempenho. As atividades são divididas em tarefas

domésticas, manutenção do lar, serviços a outros, atividades sociais. Neste questionário há quatro respostas disponíveis, com escores entre 0 e 3, em que um maior escore total indica um maior nível de atividades.

Os autores concluíram no estudo de validação que as categorias de atividades apresentadas pelo questionário AAP permitem o seu uso como indicador de condições sociais e de saúde apresentadas pelos idosos. Referem a necessidade do uso do instrumento com amostras maiores e outras populações.

f) COPM- Canadian Occupational Performance Measure (LAW e col. 1994):

Visa avaliar as áreas do desempenho ocupacional, autocuidado, produtividade e lazer. O COPM é um questionário de auto-avaliação do desempenho nas tarefas cotidianas, desenvolvido inicialmente para mensuração das mudanças em clientes que recebiam serviços de terapia ocupacional. O termo desempenho ocupacional pode ser entendido como a competência necessária para o desempenho de atividades de autocuidado, produtivas e de lazer.

O avaliado tem participação ativa neste processo, por meio das percepções de suas incapacidades ocupacionais, seu desempenho e sua satisfação. O avaliador auxilia o cliente a verificar as áreas de seu desempenho ocupacional para eleição dos principais problemas vivenciados em seu cotidiano.

A partir das perguntas sobre o que se faz atualmente, quais os problemas presentes no desempenho e qual a satisfação em realizar as atividades, é possível identificar áreas problemáticas, avaliar a percepção do próprio desempenho, sua satisfação e medir mudanças de suas percepções. A aplicação do COPM foi estendida a idosos, pessoas com síndrome depressiva, e com doenças mentais. Há restrições em seu uso com pessoas que apresentam déficits cognitivos.

Estudos de confiabilidade referiram que o instrumento possui coeficiente de correlação intraclassa de $r=0.90$ para ambos os escores de desempenho e satisfação.

g) HAP- Human Activity Profile (DAUGHTON e col., 1982)

O questionário Human Activity Profile (HAP) é uma medida do gasto de energia e do estado físico. É largamente utilizado para avaliar condições clínicas e gerais de saúde. O HAP abrange um intervalo de atividades que compreende desde atividades muito simples até de alta complexidade. As categorias de resposta são: ainda faço, parei de fazer e nunca fiz. Dois escores são calculados quanto ao escore máximo de atividade respondido no item ainda faço. O escore ajustado de atividade é obtido pela contagem dos valores de atividades na categoria parei de fazer e subtraído do valor total da categoria ainda faço.

SOUZA e col. (2006) desenvolveram a adaptação transcultural para a população brasileira do HAP, intitulado Perfil de Atividade Humana (PAH), obtendo coeficiente global do instrumento quanto à consistência interna de 0.91 e para os indivíduos de 0.98. O coeficiente de critério (separação) foi de 3,1, o que indica que a amostra foi dividida em níveis baixo, médio e alto, referente às habilidades envolvidas.

h) CICAc - Classificação de Idosos quanto à capacidade para o autocuidado. (ALMEIDA, 2003).

O questionário "Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado" (CICAc), foi elaborado com o objetivo de contribuir para sistematização da avaliação e atenção a idosos por terapeutas ocupacionais. Trata-se de um protocolo de avaliação longo, cuja aplicação demora cerca de 45 minutos, que avalia o ambiente social e familiar, universo ocupacional e capacidade funcional do idoso. Além disso, investiga

barreiras e facilitadores, tais como mudanças de comportamento frente às dificuldades. As respostas são apresentadas em escalas ordinais.

O CICAc apresenta coeficientes de validade de conteúdo de 0,93 e de 0,87 para enunciado. O coeficiente Kappa demonstrou concordância de moderada à excelente, consistência interna para as ABVD e AIVD com coeficientes de 0,713 e 0,704, respectivamente. Essa análise limitou-se às áreas "perfil social" e "capacidade funcional" devido às características do instrumento.

i) IASFI - Instrumento de Avaliação Sócio-Funcional em Idosos (FONSECA e RIZZOTTO, 2008)

Questionário elaborado para avaliação da capacidade funcional em idosos com a inclusão das ABVD, AIVDs e AAVDs, composto por duas partes: a primeira visa obter dados de identificação, estado de saúde e desempenho social dos idosos; a segunda busca realizar a avaliação funcional, incluindo as ABVDs (20-140 pontos), AIVDs (5-35) e AAVDs. A pontuação máxima do questionário é de 175 pontos e a mínima, de 25 pontos. Segundo os autores, as AAVDs não foram pontuadas por não serem fundamentais para definição do grau de dependência funcional.

O IASFI foi submetido à avaliação por juízes, os quais o referiram como completo, porém extenso. O tempo de aplicação é de aproximadamente, 35 minutos.

j) Social SMAF – Social Functional Autonomy Measurement System (PINSONNAULTE e col., 2008).

O SMAF visa medir a capacidade funcional por meio de entrevista ou observação. A escala é composta por 29 itens, divididos em 5 áreas: AVDs (7 itens), mobilidade (6 itens), comunicação (3 itens), funções mentais (5 itens), AIVDs [8 itens]. Para cada item, há 5 categorias de respostas: 0 (independente), -0.5 (com dificuldade), -1 (necessita de supervisão), -2 (necessita de ajuda), -3 (dependente) (Hebert et al., 2001).

O SMAF é capaz de distinguir entre pacientes que apresentam graus de incapacidade diferentes ($p < 0.01$), indicando alta validade de construto discriminante (Hebert et al., 2001).

A subescala SOCIAL-SMAF foi desenvolvida para medir o funcionamento social. A escala apresentou coeficiente de correlação intraclasse de 0.83 (CI: 0.61-0.93). Não foram encontrados valores quanto à validade do questionário. Os seis itens desenvolvidos medem a autonomia da pessoa e a capacidade de desempenho dos comportamentos sociais. Os itens foram avaliados segundo cinco categorias de respostas, apresentando a mesma pontuação do SMAF, variando de (0) resposta eficiente a (-3), resposta menos eficiente.

l) LIFE-H - Assessment of Life Habits (DESROSIERS e col., 2004).

Questionário elaborado para mensurar participação social de pessoas com deficiência. Já foi aplicado com crianças, adultos e idosos com deficiências. Este instrumento determina a qualidade da participação social pela avaliação do desempenho da pessoa em atividades diárias e papéis sociais (hábitos de vida). É dividido em áreas: relacionamento interpessoal, responsabilidade social, vida comunitária, educação, emprego, lazer, atividade física, comunicação, serviço doméstico. As questões são respondidas em termos do nível de assistência, tipo de assistência e satisfação com as atividades.

Os coeficientes de correlação intraclasse teste-reteste do escore de satisfação total e os dois subescores indicaram alta confiabilidade (ICCs ≥ 0.84). Satisfação foi positivamente associada com a participação em subescores de atividades diárias e escore total do LIFE-H ($p < 0.05$). Metade dos domínios mostrou correlações significativas entre participação e satisfação ($p < 0.01$).

m) LLFDI - Late-Life Function and Disability Instrument (DUBUC e col. 2004; JETTE e col., 2002; HALEY e col., 2002)

Questionário destinado a avaliar função física e incapacidade, envolvendo os papéis sociais. O LLFDI foi desenvolvido para avaliação de

funcionalidade e incapacidade com idosos. Contém itens que representam limitações funcionais e incapacidade para exercer as tarefas principais na vida diária e papéis sociais.

O componente *funcional* avalia a dificuldade auto-referida no desempenho de 32 atividades, divididas em categorias de extremidade superior, extremidade inferior básica e extremidade inferior avançada. As respostas são: nenhuma, um pouco, algum, muita e não posso fazer. O escore máximo é 100 pontos, onde maiores escores indicam melhor funcionamento.

O componente *incapacidade* avalia dificuldades auto-referidas para desempenhar 16 tarefas diárias, em termos de capacidade e freqüência do desempenho. As opções de respostas quanto às limitações de desempenho são: nada, um pouco, alguma, muita e completamente. Com relação à freqüência do desempenho das atividades, as opções são: muito frequentemente, frequentemente, de vez em quando, raramente e nunca.

As correlações dos dois subescores para extremidade inferior foram $(r)0.63-0.73$, $p=.001$ e extremidade superior $(r)0.19-0.26$, $p<0.004$. Medidas de desempenho predisseram limitações de capacidade no intervalo de $0.37-0.44$ ($p=.001$) e freqüência da incapacidade de $r=0.16-0.20$ ($p<.004$).

n) ADAPT (HAZUDA e col., 2002).

Questionário elaborado para avaliar capacidade funcional em idosos com base no modelo de Nagi. Inclui 44 itens referentes às funções de extremidade superior e extremidade inferior. As opções de resposta para cada item são: totalmente verdadeiro (5), verdadeiro (4), algumas vezes verdadeiro (3), não é verdadeiro (2), totalmente falso (1).

Os coeficientes refletiram alta consistência interna $r=0.8$.

o) FSQ - Functional Status Questionnaire: (MALY e col.,1997)

O FSQ é um questionário auto-administrado utilizado para avaliação de pacientes em cuidados primários, especialmente idosos. Fornece informações sobre funções física, psicológica, social e papéis sociais.

Apresenta como categorias de atividades: função física nas AVDs, função psicológica, função social, variedade de medidas de desempenho.

As respostas oferecidas para cada categoria de atividades são distintas, variam em termos de níveis de dificuldade e satisfação. O escore total é obtido a partir da (soma dos escores de respostas de cada categoria de atividades/ número de questões com informação válida -1) *(100/ escore máximo de resposta válida)- (escore mínimo de resposta válida).

Os itens estimaram confiabilidade de ADL >0.75, IADL>0.80, desempenho no trabalho e atividades sociais >0.65, qualidade da interação social <0.42.

p) NEAS- Nottingham Extended ADL Scale (NOURI e LINCOLN, 1987)

Questionário elaborado para avaliação da capacidade funcional de pessoas pós AVE, foi validado para uso em populações com esclerose múltipla e idosos com próteses de quadril. O paciente ou cuidador é capaz de completar os 22 itens do questionário. Estes são divididos em quatro categorias: mobilidade, tarefas na cozinha, tarefas domésticas, atividades de lazer. O escore é baseado em uma escala hierárquica, composta com 4 possibilidades de respostas quanto à execução das atividades: nada, com assistência, por si próprio com dificuldade, por si próprio.

q) NLQ - Nottingham Leisure Questionnaire: Questionário elaborado para mensurar atividades de lazer em idosos (DRUMMOND e col., 2001). Inclui as AAVDs. O NLQ possui 37 itens com cinco categorias de respostas quanto à frequência de execução das atividades: (muito regularmente, regularmente, ocasionalmente, raramente, nunca. Uma versão reduzida com 30 itens e três categorias de respostas (regularmente, ocasionalmente e nunca) também foi validada e pode ser utilizada também como versão postal. O estudo mostrou valores de confiabilidade e validade no contexto satisfatórias.

❖ **Qualidade de vida**

r) Qualidade de vida do idoso (PASCHOAL, 2004)

O instrumento de avaliação foi construído a partir do método do impacto clínico elaborado com objetivo de medir qualidade de vida.

Este questionário possui dois itens principais de avaliação:

a. *Qualidade de vida idealizada*: medida por uma escala de 5 pontos, com as respostas (1) nenhuma, (2) pouca, (3) média, (4) muita e (5) total.

b. *Qualidade de vida realizada*: medida pelas categorias: (1) não/nunca; (2) raramente/pouco; (3) de vez em quando/mais ou menos; (4) freqüentemente/ muito; (5) sim/sempre.

Entre os itens de avaliação, permaneceu na versão final do instrumento somente a importância das atividades físicas. Não há referência às atividades sociais e de lazer. O autor cita a necessidade de um estudo posterior para avaliação da acurácia do questionário.

s) EQLF- Escala de Qualidade de vida de Flanagan (FLANAGAN, 1982)

A Versão original do Quality of Life Scale (QOLS) possui 15 itens. Atualmente, também é utilizada a versão em que foi acrescentado o item independência pessoal.

A QOLS de Flanagan foi validada junto à população idosa com doenças crônicas. O escore total é obtido a partir da soma das pontuações de seus itens. As respostas variam em 7 categorias: MI - Muito insatisfeito; I - Insatisfeito; PI - Pouco insatisfeito; I - Indiferente; PS - Pouco satisfeito; S - Satisfeito; MS - Muito satisfeito.

A Escala de Flanagan também é utilizada em estudos brasileiros (SANTOS e col., 2002). Não foram encontrados estudos de validação e/ou adaptação transcultural para a realidade brasileira.

O quadro 3 reúne as principais AAVDs apresentadas pelos instrumentos analisados.

Quadro 3. AAVDs presentes em instrumentos para avaliação da capacidade funcional e qualidade de vida do idoso. São Paulo, 2009.

Atividade	HES	IFSITE	EEAVD	FAI	AAP	COPM	HAP	CICAC	IASFI	S-SMAF	LIFE-H	LLFDI	ADAPT	FSQ	NEAS	NLQ	Qual vida	EQLF
Realizar trabalhos domésticos			X	X	X	X	X				X	X						
Praticar Jardinagem/ horta	X	X		X	X		X	X							X	X		
Dirigir veículos			X	X	X		X		X			X		X	X			
Realizar caminhadas curtas, por volta de 15 minutos	X			X	X		X	X						X		X		
Executar Hobbies/passatempos/ trabalhos manuais/	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X				X		
Exercer trabalho remunerado		X	X	X	X	X		X			X	X						X
Cuidar de outras pessoas/ cuidar de animais		X	X		X			X				X		X		X		
Realizar Atividades recreativas externas ao domicílio		X	X		X							X				X		
Participar de Atividades físicas/ esportivas/ corrida/natação	X	X		X	X		X	X	X		X	X		X		X	X	X
Participar de Atividades sociais/relacionar-se com amigos		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X			X	X		X
Ouvir rádio/música							X	X								X		X
Ler livros, revistas e jornais		X		X			X	X								X		
Escrever cartas, bilhetes ou e-mail		X					X					X	X		X	X		
Sair para realizar refeições	X	X					X					X				X		
Praticar jogos de mesa ou tabuleiro		X					X	X								X		
Ir a cinema, teatro, festas, eventos religiosos ou esportivos		X			X		X	X				X				X		
Utilizar transporte publico							X		X						X			
Carregar uma mala pesada/puxar objeto pesado							X						X	X				
Pintar o interior ou exterior de uma casa							X											
Dançar socialmente							X	X								X		
Cortar grama							X											
Caminhadas médias, por volta de 30 minutos	X			X			X	X										
Caminhadas moderadas, por volta de 45 minutos	X			X			X	X										
Subir um lance de 15 degraus ou mais							X											
Participar de associações/ atividades políticas		X		X							X	X		X		X		X
Assistir televisão		X						X								X		
Cantar/ participar de coral								X								X		

Atividade \ Questionário	HES	IFSITE	EAAVD	FAI	AAP	COPM	HAP	CICAC	IASFI	S-SMAF	LIFE-H	LLFDI	ADAPT	FSQ	NEAS	NLQ	Qual vida	EQLF
Prática religiosa solitária (rezar/orar)								X										
Viajar/sair de férias	X	X	X	X				X	X			X						
Fazer reparos em casa/ construir/ consertar coisas				X				X								X		
Participar de cursos/aulas/palestras			X					X			X							X
Exercer trabalho não remunerado								X										
Fazer visitas a amigos/parentes	X	X						X			X	X		X		X		
Fazer trabalho voluntário		X		X								X		X		X		
Convidar familiares e amigos/recebê-los em casa	X											X						
Fazer coleções de objetos																X		
Fazer compras por prazer			X													X		
Cozinhar por prazer			X													X		
Fazer passatempos intelectuais, como palavras-cruzadas		X																
Gerenciar finanças complexas			X									X						

Fonte: Dados da pesquisa

4. 6 AAVDs E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ENVELHECIMENTO

Promoção à saúde do idoso é um tema muito discutido na atualidade, com ampliação de práticas que ressaltam os componentes sociais, econômicos, culturais e participação ativa do idoso no gerenciamento da sua saúde. A promoção da saúde converge para com a promoção do envelhecimento ativo, uma vez que prioriza manutenção da capacidade funcional e do desenvolvimento, com abordagem crítica da prevenção e educação em saúde. (ASSIS e col.,2004)

Em 1945 Sigerist utilizou pela primeira vez o termo promoção à saúde, o qual afirma a importância de boas condições de vida, trabalho, educação, cultura física, lazer e descanso (TERRIS, 1996). No ano de 1974 Lalonde resalta os componentes da biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção sanitária sobre a saúde, com destaque à influência de fatores comportamentais e sociais no quadro de morbimortalidade no Canadá. (ASSIS, 2004). A partir deste trabalho a OMS na década de 80 define promoção à saúde *“como o processo que permite às pessoas adquirir maior controle sobre a sua própria saúde e, ao mesmo tempo, melhorar sua saúde.”* (KICKBUSCH, 1996).

A carta de Ottawa destaca os campos de promoção à saúde, de acordo com BUSS (2000) e ASSIS (2004):

- *políticas públicas saudáveis:* influência das decisões políticas e importância das ações intersetoriais sobre a saúde;
- *criação de ambientes favoráveis à saúde:* complexidade e interdependência entre diversos setores, com envolvimento da proteção do meio ambiente e de seus impactos sobre a saúde. Destaca-se neste campo a importância das AAVD, trabalho, lazer, escola, instituições e a própria cidade como conquista de ambientes favoráveis e/ou promotores de saúde.
- *reforço da ação comunitária:* introdução do conceito de *empowerment*, referente ao aumento do poder técnico e político das

comunidades, destacando-se o engajamento social e importância da rede de apoio comunitária.

- o *desenvolvimento de habilidades individuais* durante todo o curso de vida, com resgate da educação em saúde.
- o *superação do modelo biomédico* com reorientação dos serviços de saúde.

As escolhas e formas de vida compõem o estilo de vida, os quais são relacionados ao contexto de vida, cultura regional, hábitos familiares e sociais e conhecimento acumulado sobre saúde. A ênfase na adoção de estilos de vida saudáveis é reconhecida como estratégia importante de promoção à saúde. Entretanto, a imposição de padrões considerados saudáveis por meios de comunicação social e abordagens de educação em saúde, tais como alimentação balanceada, prática de atividade física, abandono de vícios como etilismo e tabagismo, entre outros, parece considerar uniforme as necessidades populacionais e pode levar à culpabilização dos que se recusam a tais práticas e retirando as possibilidades de escolha dos indivíduos idosos. Por outro lado, o estímulo ao oferecimento de atividades de lazer e sociais, tais como voluntariado e participação cívica, além de oportunidades de trabalho no envelhecimento são consideradas estratégias importantes de promoção à saúde no envelhecimento, desde que respeitadas as escolhas individuais para ingresso nessas atividades.

As atividades sociais, produtivas e de lazer ganharam destaque nos últimos anos, sendo incluídas nas políticas públicas como estratégias de programas de promoção à saúde, especialmente as atividades sociais e de lazer. No Brasil, o próprio ESTATUTO DO IDOSO (2003) faz referência a essas atividades considerando-as como direito do idoso e articulando sua realização com a comunidade, a sociedade e o poder público:

"Art. 3o É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária."

(ESTATUTO DO IDOSO, 2003)

As atividades sociais, físicas, produtivas e de lazer são utilizadas como importante estratégia de promoção de saúde no envelhecimento, considerando-se as diferenças sócio-culturais envolvidas. Diferenças das atitudes em relação ao envelhecimento são influenciadas por aspectos culturais, relacionamentos interpessoais, papéis exercidos pelas crenças, espiritualidade e religião em relação saúde e doença, autopercepção de saúde e percepções quanto aos benefícios de diferentes comportamentos relacionados à saúde. Condições de trabalho até idades mais avançadas, trabalho voluntário, participação em atividades significativas, relações pessoais consistentes e boa saúde física são condições associadas à melhora da qualidade de vida e são fatores-chave na promoção do envelhecimento saudável (AGE e col., 2006). Há efeitos positivos sobre a promoção de saúde no envelhecimento com a manutenção das atividades sociais, produtivas e de atividade física regular (DANEFFER, 1984).

Fatores predisponentes ao declínio funcional no envelhecimento podem ser divididos em *fatores pessoais/internos* (sexo, raça, idade, condição física, estilo e hábitos de vida, nível de instrução, antecedentes sociais e características psicológicas individuais), *fatores ambientais/externos* (características físicas e materiais do ambiente, diversidade e frequência das relações com outros indivíduos, aspectos sociais, aspectos culturais e atividades sociais) e *condições de saúde*. (CAIEIRO e SILVA, 2008; AGE e col., 2006). Mediante estes fatores, as atividades sociais, produtivas e de lazer podem ser utilizadas com eficácia e

baixo custo pelas políticas públicas, com envolvimento e co-responsabilização pela comunidade local.

A importância do idoso como agente do processo de tomada de decisão durante a realização das AAVDs deve ser priorizada. A massificação observada nas estratégias sociais e de lazer deve ser combatida. Dimensões políticas e econômicas podem levar à massificação do lazer no envelhecimento diminuindo seus efeitos positivos sobre a saúde (PETERSON, 1984).

PERES (2007) realizou uma análise aprofundada sobre aspectos de alienação e manipulação dos idosos por instituições que oferecem atividades sociais e de lazer, em detrimento da contemplação de suas reais necessidades. MARQUES e CARLOS (2006) também discutiram a ideologia do lazer descompromissado, alienado, denominando-o "cultura da atividade". Com base nas teorias do desengajamento e da atividade, defenderam que o trabalho com os idosos deve estimular também a participação na vida social, cultural, espiritual e cívica, incentivando a autonomia e a independência, adequando-se à heterogeneidade característica dessa população.

Apesar de garantidos pelo Estatuto do Idoso (2003) os direitos de acesso ao trabalho, cultura e lazer e delineadas as estratégias para sua viabilização ainda existem muitas dificuldades no acesso a essas atividades.

Foram promovidas ações no sentido de diminuição dos custos das atividades, como a meia-entrada do idoso em eventos artísticos, de lazer, educativos, esportivos e culturais, a gratuidade dos transportes públicos, descontos de 50% nas viagens interestaduais para idosos com renda inferior a dois salários mínimos, ampliação da acessibilidade em vias públicas e edificações, estabelecimento de lugares prioritários em meios de transporte públicos, 5% das vagas de estacionamentos de locais públicos são destinadas a idosos e pessoas com deficiência. No entanto, além de investir na prioridade do acesso é fundamental ações no sentido de promoção de saúde e manutenção da capacidade funcional do idoso.

Também são constatadas iniciativas no sentido de cursos específicos destinados às pessoas idosas, como as Universidades Abertas à Terceira Idade, cursos de idiomas e de informática. No entanto, estes ainda continuam sob o aspecto exclusivo de lazer e são necessárias outras adequações, como, por exemplo, adequação de mobiliário e utilização de ferramentas de acessibilidade digital.

O Estatuto do Idoso prioriza, ainda, a capacitação das pessoas idosas para continuidade no mercado de trabalho e o estímulo à ampliação das ofertas de emprego, mas tais iniciativas ainda são reduzidas.

Outras ações são necessárias, como promoção de atividades intergeracionais, adequação dos currículos escolares com inclusão de temas de cidadania e respeito ao idoso, incentivo à criação de associações comunitárias, programas de preparação à aposentadoria e incentivos à manutenção de projetos de vida no envelhecimento. Além disso, ações no sentido de promoção das AAVDs para idosos com incapacidades funcionais, com programas específicos nas Instituições de Longa Permanência também são necessários.

Em resumo, as AAVDs são importantes estratégias para promoção da saúde e manutenção da funcionalidade no envelhecimento. Entretanto, precisam ser respeitados os fatores pessoais e contextuais associados a estas atividades e devem ser ampliadas as ofertas de serviços, com adequação da acessibilidade, respeito e valorização social do idoso.

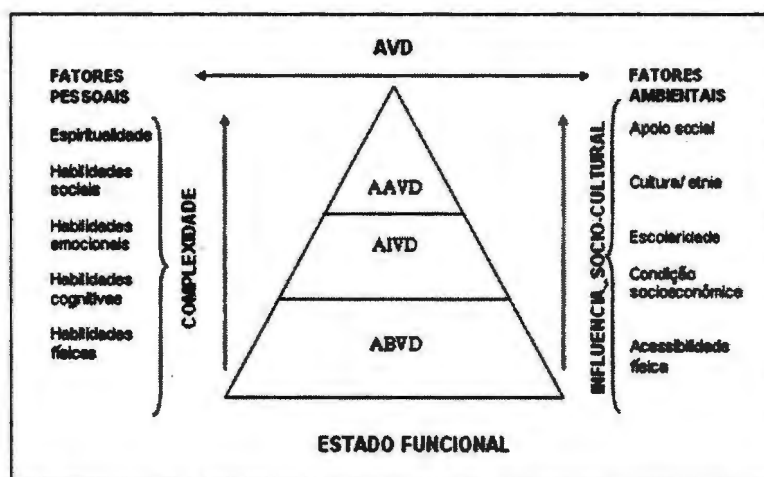
4.7 PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO PARA O CONJUNTO DAS ATIVIDADES AVANÇADAS DE VIDA DIÁRIA (AAVDs)

Tendo por base as teorias do Curso de vida, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF (OMS, 2003) e os Modelos de Promoção à saúde, desenvolveu-se a partir deste estudo de revisão uma proposta de classificação para o conjunto das AAVDs considerando-se alguns pressupostos:

- a) As AAVDs envolvem **fatores pessoais**, relacionados à aprendizagem e personalidade, além de habilidades físicas, cognitivas, emocionais e sociais, como também são influenciadas pelos **fatores ambientais**, como acessibilidade física, condição socioeconômica, cultura, escolaridade. Destaca-se a importância dos fatores idade e sexo. Homens e mulheres têm preferências e características biológicas distintas, o que influencia o processo de escolha e inclusão em AAVDs. As preferências pessoais também podem mudar com o avanço da idade, ou ainda o surgimento de limitações funcionais podem favorecer o abandono de atividades que exijam maior nível de funções físicas e substituição por outras atividades, com demandas físicas de níveis leve e moderado ou mesmo por atividades passivas.
- b) as AAVDs são consideradas de maior complexidade, com envolvimento de níveis elevados de habilidades, papéis sociais e demandas ambientais (figura 6). Entretanto, mesmo na presença de incapacidades, é possível participar das mesmas, mediante auxílio externo (redução das demandas ambientais, adaptações de instrumentos e equipamentos e do próprio processo da atividade, utilização de apoio social emocional e instrumental). Assim, há incremento no desempenho e maior equilíbrio entre fatores pessoais e demandas ambientais.
- c) Entre as AAVDs há atividades que exigem graus diferentes de habilidades físicas, sociais, emocionais e cognitivas. Como exemplo, citam-se as atividades solitárias e passivas, como assistir televisão, ouvir música, entre outras. Atividades passivas podem exigir maior capacidade cognitiva e

de motricidade fina, como por exemplo, tricô, crochê, pintura, escrita, leitura. Adaptações nos instrumentos, materiais e/ou processo de realização das atividades podem facilitar a inclusão nessas atividades, diante da presença de incapacidades.

Figura 7. Fatores pessoais e ambientais na realização das AAVDs. São Paulo.2009



Fonte: Dados da pesquisa.

Dessa forma, propõe-se a classificação das AAVDs em quadro domínios de atividades:

1. social
2. produtivo
3. físico
4. lazer.

O **domínio social** é caracterizado pelo envolvimento em situações de contato social, com a realização de atividades no grupo familiar, com amigos, instituições religiosas, filantrópicas ou associações comunitárias, participação política.

O **domínio produtivo** é caracterizado pela realização de atividades que visem um produto final, ou seja, a realização das atividades produtivas

com a existência de um resultado. Como subtipos dessas atividades, destacam-se o trabalho formal e informal remunerado (em período integral ou reduzido), trabalho doméstico não remunerado, cuidado informal e formal de outras pessoas, voluntariado.

O **domínio físico** pressupõe a realização de atividades físicas, sejam elas atividades cotidianas com altas demandas físicas (carregar peso, longas caminhadas, etc.), ou participação em exercícios físicos, atividades corporais ou esportes.

O **domínio lazer** pressupõe a realização de atividades de livre escolha, que produzam prazer e realização pessoal pelo próprio processo de envolvimento. Estas atividades envolvem desenvolvimento de habilidades, relaxamento, divertimento. São elas:

- a) trabalhos manuais, como pintura, escultura, desenho, bordado, tricô, crochê, marcenaria, tocar instrumento musical, jardinagem, horta, etc;
- b) passatempos como jogos de tabuleiro, coleções, cuidar de animais, etc;
- c) atividades de relaxamento como assistir TV, ouvir rádio, ouvir música, cantar;
- d) atividades intelectuais como ler jornais/revistas/livros, resolver passatempos cognitivos, como palavras cruzadas, enigmas, participar de cursos, usar o computador;
- e) atividades externas como ir ao cinema, teatro, shows, festas, cassinos, bingos, museus, concertos, assistir a eventos esportivos, sair para divertir-se, dançar, passear, viajar, sair para fazer compras por prazer, ir a restaurantes;

Os domínios das AAVDs são inter-seccionados, de modo que uma mesma atividade pode pertencer a dois ou mais domínios. Como exemplo, destaca-se o prazer do envolvimento em atividades físicas grupais, a qual pode ser considerada lazer, atividade social e física. Caso esta atividade, além destas características apresente também um envolvimento

remunerado, esta pode pertencer aos quatro domínios simultaneamente. Outro exemplo se dá acerca da atividade de cozinhar, que pode ser produtiva enquanto trabalho doméstico ou trabalho formal remunerado, como também pode ser um hobby, com altos níveis de prazer (Figura 7).

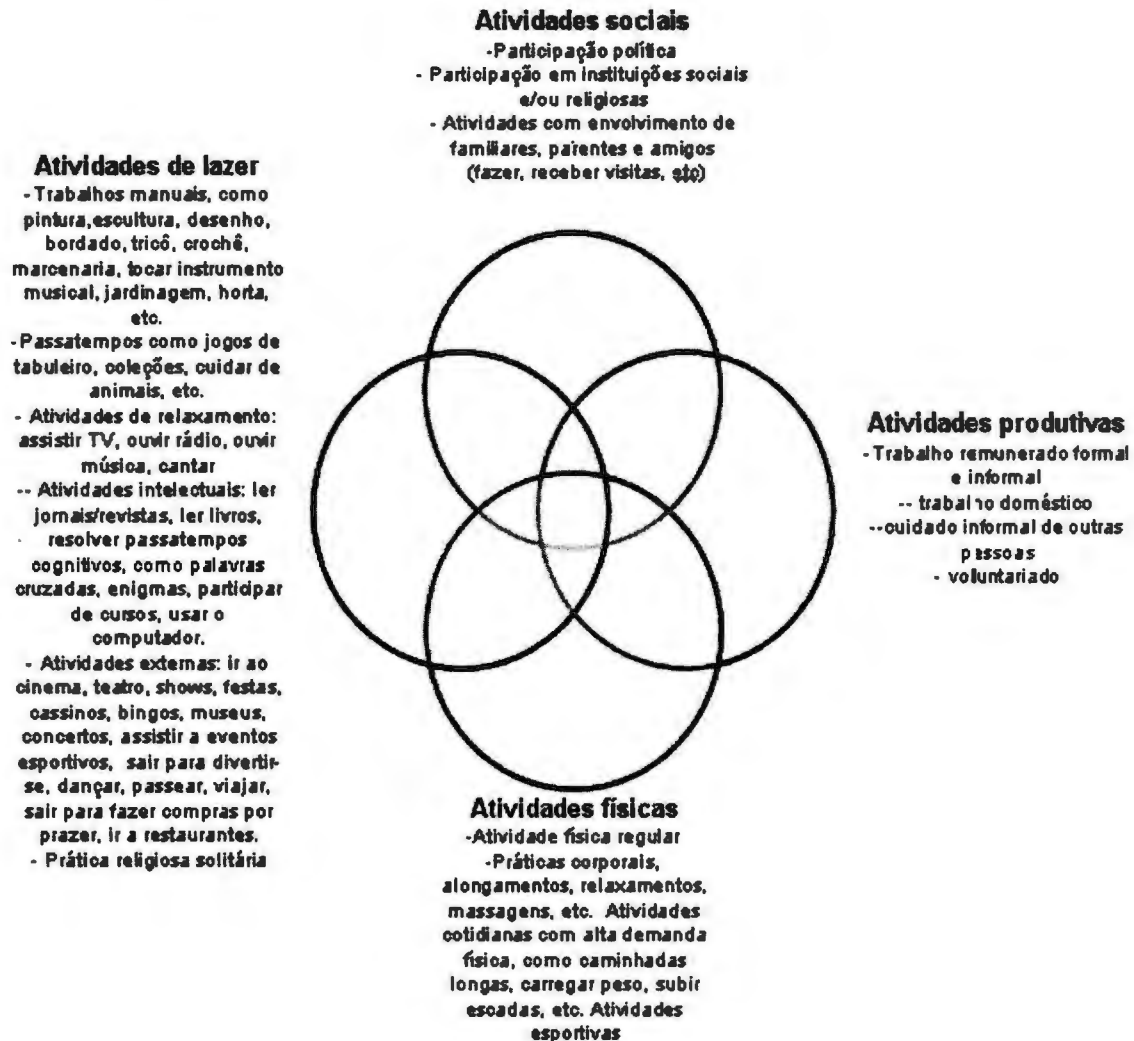
A inclusão das atividades em determinado domínio pode variar entre pessoas de diferentes culturas. Para determinada cultura, por exemplo, dançar pode ser uma atividade social enquanto prática religiosa, enquanto para outras culturas é considerada como atividade de lazer.

Destaca-se o fato de que a participação nas AAVDs é motivada por níveis de interesse e de autonomia, os quais são intrínsecos ao indivíduo, de modo que é possível incentivar a participação nas atividades, mas a escolha deve ser realizada pelo indivíduo sempre que possível, ou, no mínimo, baseada em escolhas passadas tendo por referência sua história de vida. Acredita-se que um envolvimento forçado, contrariado possa exercer efeitos negativos sobre saúde e qualidade de vida.

As AAVDs são altamente influenciadas pela cultura local, de forma que existem variações não somente das atividades desenvolvidas, mas também dos valores, da forma de realização e da classificação das atividades. Assim, torna-se difícil a construção de um questionário que reúna atividades que possam ser comparadas universalmente. No entanto, a proposta dos domínios de atividades pode facilitar o diálogo entre diferentes culturas e povos quanto à importância do desempenho das AAVDs.

Estudos específicos sobre a centralidade do trabalho e do lazer realizados com idosos brasileiros apontaram aspectos positivos dessas atividades na vida do idoso, desde que associados ao sentimento de prazer e utilidade. Além disso, a inclusão em atividades sociais, produtivas e de lazer, representados sob a forma trabalho (MOREIRA, 2000; GÁSPARI e SCHWARTZ, 2005), lazer (ARAÚJO e col. 2006, GÁSPARI e SCHWARTZ, 2005; STEVENS-RATCHFORD e DIAZ, 2003; MANSVELT, 1999; ARGIMON e col., 2002) e a realização de atividades sociais e religiosas (SOUZA, 2007; VECCHIA e col., 2005) foram referidos como positivamente relacionados à qualidade de vida.

Figura 8. Distribuição das AAVDs segundo domínios específicos. São Paulo, 2009.



De forma ilustrativa, propôs-se a reunião de variáveis que poderão compor um questionário de avaliação auto-referida do desempenho das AAVDs por idosos, tendo por base os itens dos instrumentos analisados nesta dissertação e as categorias de análise dos questionários “*Medida do Desempenho Ocupacional Canadense*” (LAW e col. 1994) e o “*LLFDI*” (JETTE e col., 2002). Utilizou-se os parâmetros interesse, frequência de realização, limitação da capacidade e satisfação com o apoio recebido.

Acredita-se que a construção de um questionário possa ser útil para delinear a necessidade de intervenção, baseando-se no interesse pela atividade confrontada pelas limitações em sua execução. Entretanto cabem aprimoramentos metodológicos futuros para a elaboração do instrumento.

Quadro 4. Variáveis para avaliação das AAVDs em idosos brasileiros. São Paulo, 2009.

Atividade		Nível de interesse pela atividade	Frequência de desempenho	Limitação na capacidade	Satisfação com o apoio recebido
Sempre: a situação ocorre rotineiramente Freqüentemente: a situação ocorre com uma freqüência regular Ocasionalmente: a situação ocorre às vezes, sem freqüência regular Raramente: a situação ocorre em algumas ocasiões (são exceções) Nunca: a situação não ocorre em nenhum momento		1.Nenhum 2. Pouco 3. Regular 4. Muito 5. Total 8. NS 9. NR	1. Sempre 2. Freqüentemente 3. Ocasionalmente 4. Raramente 5. Nunca 8. NS 9. NR	1.Nenhuma 2. Pouca 3. Regular 4. Muita 5. Total 8. NS 9. NR	1.Nenhuma 2. Pouca 3. Regular 4. Muita 5. Total 8. NS 9. NR
Atividades sociais					
1	Mantém contato com outras pessoas por meio de cartas, telefone ou e-mail				
2	Recebe visitas de seus parentes e amigos				
3	Visita seus amigos e familiares em suas casas				
4	Convida pessoas para virem à sua casa para refeições ou lazer				
5	Sai com outras pessoas para lugares públicos como restaurantes, cinema, shows, museus, assistir a eventos esportivos, sair para dançar ou cantar.				
6	Viaja para fora da cidade				
7	Sai para fazer compras por prazer				
8	Participa de atividades políticas, tais como associações reivindicatórias de direitos ou partidos políticos.				
9	Participa de instituições religiosas, tais como grupos de oração, culto ou missa.				

Atividade	Nível de interesse pela atividade	Frequência de desempenho	Limitação na capacidade	Satisfação com o apoio recebido
Sempre: a situação ocorre rotineiramente Freqüentemente: a situação ocorre com uma freqüência regular Ocasionalmente: a situação ocorre às vezes, sem freqüência regular Raramente: a situação ocorre em algumas ocasiões (são exceções) Nunca: a situação não ocorre em nenhum momento	1.Nenhum 2. Pouco 3. Regular 4. Muito 5. Total 8. NS 9. NR	1. Sempre 2. Freqüentemente 3. Ocasionalmente 4. Raramente 5. Nunca 8. NS 9. NR	1.Nenhuma 2. Pouca 3. Regular 4. Muita 5. Total 8. NS 9. NR	1.Nenhuma 2. Pouca 3. Regular 4. Muita 5. Total 8. NS 9. NR
10	Participa de cursos voltados para idosos, freqüenta ensino regular ou supletivo.			
11	Participa de grupos de convivência, cursos de artesanato, coral.			
Atividades produtivas				
12	Cuida ou provê assistência a outras pessoas (incluindo ajudar nas atividades diárias, transporte, compras para familiares ou amigos)			
13	Executa trabalho doméstico, tal como fazer limpeza pesada.			
14	Trabalha como voluntário (a) fora de casa			
15	Exerce trabalho remunerado formal com registro em carteira, em tempo integral ou meio período.			
16	Exerce trabalho informal, não registrado ou bicos.			
Atividades de lazer				
17	Realiza atividades para distração, tais como assistir televisão, ouvir rádio, ouvir música, cantar.			

Atividade		Nível de interesse pela atividade	Frequência de desempenho	Limitação na capacidade	Satisfação com o apoio recebido
Sempre: a situação ocorre rotineiramente Freqüentemente: a situação ocorre com uma freqüência regular Ocasionalmente: a situação ocorre às vezes, sem freqüência regular Raramente: a situação ocorre em algumas ocasiões (são exceções) Nunca: a situação não ocorre em nenhum momento		1. Nenhum 2. Pouco 3. Regular 4. Muito 5. Total 8. NS 9. NR	1. Sempre 2. Freqüentemente 3. Ocasionalmente 4. Raramente 5. Nunca 8. NS 9. NR	1. Nenhuma 2. Pouca 3. Regular 4. Muita 5. Total 8. NS 9. NR	1. Nenhuma 2. Pouca 3. Regular 4. Muita 5. Total 8. NS 9. NR
18	Realiza trabalhos manuais, artesanato ou atividade artística, tocar instrumento musical.				
19	Participa de jogos de mesa (tais como dominó, baralho, damas, xadrez, etc).				
20	Realiza atividades intelectuais, tais como leitura de jornais ou revistas, livros, resolver palavras cruzadas ou enigmas.				
21	Utiliza o computador para distração.				
22	Reza, ora ou pratica atividades religiosas em casa.				
Atividades físicas					
23	Dirige veículos a motor.				
24	Realiza atividades moderadas, tais como jardinagem, cuidar da horta, lavar o quintal, etc.				
25	Realiza caminhadas por pelo menos meia hora.				
26	Participa de práticas corporais leves, tais como sessões de Yoga, Tai Chi, Liang Gong, alongamentos, relaxamentos, entre outras.				
27	Participa de algum programa de exercícios regulares ou esportes, exceto caminhadas.				

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base neste estudo de revisão, pôde-se traçar um panorama das AAVDs. Quando se utiliza esta terminologia, os preceitos de Reuben e Solomon (1989) são seguidos, de forma que as AAVDs representam as atividades de maior complexidade da vida diária, que não são indispensáveis para a vida independente na comunidade, porém encontram-se relacionadas à obtenção de maior qualidade de vida.

Observou-se que existe reduzido número de estudos sobre AAVDs. Estes carecem de embasamento metodológico, limitando-se à consideração da complexidade das atividades na avaliação funcional do idoso. No entanto, com a ampliação da revisão e incorporação dos domínios de atividades envolvidas nas AAVDs (atividades sociais, produtivas, físicas e de lazer) verificou-se que pesquisas sobre estas atividades envolvem diálogo interdisciplinar entre Saúde, Psicologia e Antropologia, e apresentam, basicamente, as mesmas atividades que compõem os domínios de AAVDs. O reconhecimento da importância da manutenção das atividades sociais, produtivas, físicas e de lazer no envelhecimento ganha destaque crescente na literatura científica nos últimos anos.

Com a seleção de estudos de grande heterogeneidade quanto ao delineamento e técnicas de análise, procurou-se levantar diferentes abordagens para o estudo de atividades sociais, produtivas e de lazer (AAVDs) no envelhecimento. Foi importante a interconexão entre as discussões levantadas pelos artigos, de modo a reafirmar efeitos da prática das AAVDs sobre variáveis de saúde e qualidade de vida.

Os estudos mostraram o impacto positivo nas pessoas idosas do desempenho dos quatro domínios de AAVDs (sociais, produtivas, físicas e de lazer). Foram identificados efeitos positivos sobre a manutenção da capacidade funcional física, cognitiva e social, qualidade de vida, diminuição de quadros depressivos, autopercepção de saúde e redução da mortalidade. Assim, é possível afirmar que o desempenho das AAVDs

constitui importante estratégia na promoção da saúde e de qualidade de vida no envelhecimento.

Propõe-se, a consideração do estudo das AAVDs segundo premissas da CIF (2001), com destaque às interconexões entre fatores individuais e contextuais relacionados ao envelhecimento, de modo que seja promovida maior participação das pessoas idosas em atividades significativas e promotoras de saúde. O contexto psicossocial também exerce influência sobre o tempo de envolvimento, com a atuação conjunta de preferências pessoais e psicossociais na eleição de prioridades de atividades e de qual parcela do tempo deve ou pode ser destinada às AAVDs em seu cotidiano.

Entre as AAVDs também há hierarquia de atividades, de forma que existem atividades que exijam maiores níveis de habilidades cognitivas, enquanto outras demandem maior nível de habilidades físicas. Acredita-se que a disponibilidade de uma rede de apoio adequada possa favorecer o desempenho das AAVDs por idosos com incapacidades, especialmente com mobilidade reduzida e incapacidades cognitivas.

Destaca-se o caráter volitivo e motivacional dessas atividades, de maneira que aspectos como grau de importância da atividade, frequência da realização, limitações pessoais no desempenho, satisfação com o apoio recebido devem ser considerados no momento da avaliação.

Defende-se o uso do termo AAVDs e sua incorporação conjunta às AVD e AIVD na avaliação funcional do idoso. Faz-se importante o desenvolvimento de questionários específicos para avaliação do desempenho das AAVDs por idosos que respeitem características culturais locais, ao mesmo tempo em que permitam a discussão internacional de seus resultados. A proposta dos domínios de atividades pode auxiliar nesse processo.

Propôs-se a utilização de variáveis que poderão compor um questionário futuro sobre o desempenho das AAVDs, reunindo as principais atividades levantadas pelos autores dos estudos envolvidos nesta revisão, segundo aspectos de interesse, frequência e limitações. A

aplicação deste questionário, no entanto, requer aprimoramentos metodológicos futuros.

Com este estudo, afirma-se a importância das AAVDs como importante estratégia promotora de saúde e de funcionalidade dos idosos, em seus quatro domínios: social, produtivo, físico e de lazer. Além disso, as interconexões existentes entre os campos de atividades e as formas de avaliação contidas nos questionários analisados permitem com que as atividades sociais, produtivas, físicas e de lazer sejam estudadas de forma unificada sob a terminologia AAVDs.

6. REFERÊNCIAS

AGE, European Older People's Platform Euro Health Net WHO, World Health Organization, Ageing and Life Course Austrian Health Promotion Foundation, Austria National Institute of Public Health, the Czech Republic et al. Healthy Ageing – A challenge for Europe. The Swedish National Institute of Public Health. 2006; 29.

Alarcón T. Valoración Geriátrica: utilidad predictiva en el estudio y seguimiento del paciente geriátrico hospitalizado. [Tese de doutorado] Madrid: Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid; 1996.

Albert Cuñat V, Maestro Castelblanque E, Martínez Pérez Já, Santos Altozano C, Monge Jodra V. Leisure-free time activities and walking outside their homes among the elderly in the province of Guadalajara. *Aten Primaria*. 2000; 26(10): 685-8.

Aliyu MH, Adediram AS, Obisesan TO. Predictors of hospital admissions in the elderly: Analysis of data from the longitudinal study on aging. *Journal of the National Medical Association*. 2003; 95(12): 1158-1167.

Almeida MAB, Gutierrez GL. Subsídios teóricos do conceito cultura para entender o lazer e suas políticas públicas. *Conexões*. 2004; 2 (1):48-62.

Almeida MHM. Classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1999.

Almeida MHM. Validação do Instrumento CICAc - Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado. [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.

Almeida MHM. Elaboração e validação do instrumento CICAc: classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado. *Rev Ter Ocup*. 2004;15(3):112-20.

Almeida MHM, Spínola AWP, Iwamizu PS, Okura RIS, Barroso LP, Lima ACP. Confiabilidade do Instrumento para Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(2):317-23

Altimei Losada S, Santaeugenia González S, Urrutia de Diego A. Deterioro funcional durante La hospitalización con Alzheimer y otras demencias. *Alzheimer ReallInvest Demenc*. 2007;36:16-20.

Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, Lebrão ML, Laurenti R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(8):1924-1930.

American Geriatrics Society. Assessment in Geriatrics of Caveats and Names. *JAGS*. 1989; 37:570-572.

American Occupational Therapy Association (AOTA). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process. *AJOT*. 2002; 56 (6): 609-639.

American Occupational Therapy Association (AOTA). Uniform terminology for occupational therapy – third edition. *AJOT*. 1994; 48:1047-1054.

Andel R, K reholt I, Parker MG, Thorslund M, Gatz M, Complexity of Primary Lifetime Occupation and Cognition in Advanced Old Age, *Journal of Aging and Health* Volume 19 Number 3 June 2007 397-415

Anderson MIP, Assis M, Pacheco LC, Silva EA, Menezes IS, Duarte T, Storino F, Motta L. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Textos sobre Envelhecimento*. 1998; 1:1-44.

Aquino JA., Russell DW, Cutrona CE, Altmaier EM. Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly. *Journal of Counseling Psychology*. 1996; 43:480-489.

Araújo LF, Coutinho MPL, Santos MFS. O idoso nas institui es gerontol gicas: um estudo na perspectiva das representa es sociais. *Psicologia & Sociedade*. 2006; 18 (2): 89-98.

Argimon ILL, Stein LM, Xavier FMF, Trentini CM. O impacto de atividades de lazer no desenvolvimento cognitivo de idosos. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2004; 1: 38-47.

Assis M, Hartz ZMA, Valla VV. Programas de promo o da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(3):557-581.

Assis M. Promo o da Saúde e Envelhecimento: avalia o de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Aten o ao Idoso da UNATI / UERJ. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.

Atchley RC, Scala MA. Long-Range Antecedents of Functional Capability in Later Life. *Journal of Aging and Health*. 1998;10(1): 3-19.

Atchley RC. *Continuity and Adaptation in Aging*. Baltimore: The John Hopkins University Press; 1999.

Avlund K, Lund R, Holstein BE, Due P. Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Arch of Gerontol Geriat* 2004 a; 38(1):85-99.

Avlund K, Lund R, Holstein BE, Due P, Sakari-Rantala R, Heikkinen Riita-Liisa. The impact of structural and functional characteristics of social

relations as determinants of functional decline. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2004b; 59 (1): 44-51.

Ayuso DMR. *Terapia Ocupacional: teoria y técnicas.* Madrid: Elsevier España.2003.

Baltes MM., Silverberg S. A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In: A. L. Neri (Org.), *Psicologia do envelhecimento.* Campinas: Papirus 1995; 73-110).

Bammel G, Burrus-Bammel LL. *Leisure & human behavior.* Madison: Brown and Benchmark Publishers,1996.

Barker A. The direction of mental health care for the elderly. *Postgrad Med J* 2004; 80:187–189.

Baxter J, Shelerly SM, Ebi C, Mason L Cortese CF, Hamman RF. Social network factors associated with perceived quality of life: The San Luis Valley Health and Aging Study. *Journal of Aging and Health.* 1998; 10 (3): 287-310.

Becker PM, Cohen HJ. The functional approach to the care of the elderly: a conceptual framework. *JAGS.*1984;32: 923–929.

Bennet KM. Low level social engagement as a precursor of mortality among people in later life. *Age and ageing.* 2002; 31:161-168.

Bernard SL, Kincade JE, Konrad TR, Arcury TA, Rabiner DJ, Woomert A, DeFriese GH, Ory MG. Predicting mortality from community surveys of older adults: the importance of self-rated functional ability. *J Gerontol B Psychol Sci.* 1997;52(3):155–163.

Blumstein T, Benyamini Y, Fuchs Z, Shapira Z, Nokivov I. The effect of communal lifestyle depressive symptoms in late life. *J Aging Health.* 2004;16:151–174.

Borges SM. *Relação entre função visual e capacidade funcional na velhice [Dissertação de Mestrado].* Campinas: Faculdade de Educação da UNICAMP; 2006.

Braam AW, Beekman ATF, Deeg DJH, Smit JH, Tilburg W van. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life: results from a community survey in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand.* 1997; 96: 199-205.

Bresser A, Priel B. Perceived social support, malevolent maternal representations, and older adults' depressed mood. *Journal of Social and Clinical Psychology.* 2007;26 (6):728–750.

Bukov A, Maas I, Lampert T. Social Participation in Very Old Age: Cross-Sectional and Longitudinal Findings From BASE. *J Gerontol: Psychol Sci.* 2002;57(6):510–517.

Burr JA, Mutchler JE, Caro FG. Productive activity clusters among middle-aged and older adults: intersecting forms and time commitments. *J Geront: Soc Sci.* 2007;62 (4):267–275.

BUSS PM. Promoção da Saúde e a Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

Caeiro M. Gomes da Silva M. Factores Predisponentes e Incidentes críticos do declínio funcional da pessoa idosa. *EssFisiOnline.* 2008; 4 (1):15-34.

Caldas CP, Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública.* 2003; 19(3):773-781.

Câmara FM. Percepção da capacidade funcional de idosos: do incremento da força à força das conexões significativas [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Educação física. Universidade São Judas Tadeu; 2005.

Camargo JM. Política social no Brasil: prioridades erradas, incentivos perversos. *São Paulo em Perspectiva.* 2004; 18 (2): 68-77.

Camargo LOL. O que é lazer. São Paulo: Brasiliense; 1999.

Cantero Garlito PA, Moruno Miralles P. Evaluación de las actividades de la vida diária em salud mental. In: Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. *Actividades de la vida diaria.* Madrid: Elsevier; 2006.p. 82-97.

Capitanini MES. Solidão na velhice: realidade ou mito? In: Anita Liberalesso Neri e Sueli Aparecida Freire (Org.). *E por falar em boa velhice.* Campinas: Papirus; 2000. v. 01, p. 69-80.

Carter J, Mant F, Mant J, Wade D, Winner S. Comparison of postal version of the Frenchay Activities Index with interviewer-administered version for use in people with stroke. *Clin Rehabil.* 1997; 11: 131.

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saude Publica.* 1997; 31(2):184-200.

Choi NG, Bohman TM. Predicting the Changes in Depressive Symptomatology in Later Life: How Much Do Changes in Health Status, Marital and Caregiving Status, Work and Volunteering, and Health-Related Behaviors Contribute? *J Aging Health.* 2007; 19: 152-177.

Christiansen CH. Defining lives: occupation as identity – an essay on competence, coherence and the creation of meaning. *AJOT*, 53, 547-558.

Clark M, Bond M. The Adelaide Activities Profile: a measure of lifestyle activities of elderly people *Aging Clin Exp Research*. 1995; 7:174-184.

Cleary PD, Jette AM. Reliability and validity of the Functional Status Questionnaire. *Quality of Life Research*. 2000; 9: 747-753.

Cotta RMM, Suarez-Varela MM, Cotta Filho JS, Lopis Gonzalez A, Dias Ricòs JA, Real ER. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(4):253-61.

Crosnoe R, Elder Jr GH. Successful Adaptation in the Later Years: A Life Course Approach to Aging. *Social Psychology Quarterly*. 2002; 65 (4): 309-328.

Dannefer D. The role of the social in life-span developmental psychology, past and future: Rejoinder to Baltes and Nesselroade. *American Sociological Review*. 1984; 49(6): 847-850.

Daughton DM, Fix AJ, Kass I, Bell CN, Patil KD. Maximum oxygen consumption and the ADAPT quality-of-life scale. *Arch Phys Med Rehabil* 1982; 63:620-2.

Davidson M, Morton N. A systematic review of the Human Activity Profile *Clinical Rehabilitation* 2007; 21: 151-162.

Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de NATAL/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004; 12(3):518-24.

Deaver C. U.S. Department of education. Annual Report of the National Council of Handicapped, 1982.

Debert GG. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: EDUSP;1999.

Demers L Oremus M, Perrault A, Champoux N Wolfson C. Review of Outcome Measurement Instruments in Alzheimer's Disease Drug Trials: Psychometric Properties of Functional and Quality of Life Scales. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2000; 13:170-180.

Demura S, Sato S. Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *J Physiol Anthropol*. 2003; 22 (3): 159–166.

Deshotels TH. Engaging a debate: an exploration of depression, engagement, stress and gender in the nursing home. [Dissertação de mestrado]. Florida: The Florida State University College Of Social Sciences;2004.

Desrosiers LNJ, Robichaud L, Fougeyrollas P, Rochette A, Viscogliosi C. Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disabil Rehabil.* 2004;26(6):346-52.

Di Mauro S, Scalia G, Di Mauro A, Di Fazio I, Giuffrida F, Leotta C, Grasso MG, Distefano A. The leisure time and the third age: the experience of a geriatric day hospital. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2001; 33:141–150.

Diener E, Suh EM, Smith H, Shao L. National differences in reported well-being: Why do they occur? *Social Indicators Research.* 1995; 34: 7-32.

Drummond AER, C J Parker, J RF Gladman and PA Logan. Development and validation of the Nottingham Leisure Questionnaire (NLQ). *Clin Rehabil.* 2001; 15; 647-656.

Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17 (5/6): 370-378.

Dubuc N, Haley SM, Pengsheng N, Kooyoomjian JT, Jette AM. Function and disability in late life: comparison of the Late-Life Function and Disability Instrument to the Short-Form-36 and the London Handicap Scale. *Disability and rehabilitation,* 2004; 26 (6): 362–370.

Duong BD, Kerns RD, Towle V, Phil M, Reid MC. Identifying the activities affected by chronic nonmalignant pain in older veterans receiving primary care. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53:687–694.

Dunlop DD, Hughes SL, Manheim LM. Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. *Am J Public Health* 1997; 87: 378-83.

Dupuis SL, Smale BJA. Bittersweet journeys: Meanings of leisure in the institution-based caregiving context. *Journal of Leisure Research.* 2000; 32:303-340.

Enelgström MW, Brandt A, Iwarsson S. Everyday activities and social contacts among older deaf sign language users: Relationships to health and well-being. *Occup. Ther. Int.* 2006;13(4): 207–223.

Everard KM, Lach HW, Fisher EB, Baum MC. Relationship of Activity and Social Support to the Functional Health of Older Adults. *J Gerontol: Soc Sci.* 2000; 55B(4):208–212.

Fairbrother G, Burke D, Fell K, Schwartz R, Schuld W. Studies on Measurement development of the St. George Hospital Memory Disorders Clinic Occupational Therapy Assessment Scale. *International Psychogeriatrics*. 1997; 9 (2):115-122.

Feliciano AB, Moraes SA, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(6):1575-1585.

Fernandez-Ballesteros R, Montorio I, Troconiz MIF. Personal and environmental relationships among the elderly living in residential settings. *Archives of Gerontol Geriat*. 1998; 26:185–198.

Ferraro YLK, Volunteering and Depression in Later Life: Social Benefit or Selection Processes? *J Health Social Behavior*. 2005; 46: 68-84.

Ferraz AF, Peixoto MRB. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 1997; 31:316-38.

Fiedler MM, Peres KG, Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(2):409-415.

Fiori KI, Smith J, Antonucci TC. Social Network Types Among Older Adults: A Multidimensional Approach. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 2007; 62B (6):322–330.

Flanagan JC. Measurement of quality of life: Current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1982; 63: 56-59.

Fleck MPA, Chachamovicha E, Trentinib CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(6):793-9

Fone S, Lundgren-Lindquist B. Health status and functioning in a group of successfully ageing. 65–85 year olds. *Disability and Rehabilitation* 2002; 25(18): 1044-1051.

Fonseca AM. Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicol. Reflex. Crit*. 2007; 20(2):277-289.

Fonseca FB, Rizzotto MLF. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(2): 365-73.

Francisco CM, estudo dos fatores preditores de envelhecimento sem incapacidade funcional entre idosos em velhice avançada no município de São Paulo [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.

Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, et al. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*. 2000; 355:1315–19.

Fricke J, Unsworth C. Time use and importance of instrumental activities of daily living. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2001; 48: 118–131.

García-Martín MA, Gómez-Jacinto L, Goyenechea CM. A Structural Model of the Effects of Organized Leisure Activities on the Well-Being of Elder Adults in Spain. *Activities, Adaptation & Aging*. 2004; 28(3):19-34.

Garman KS, Cohen HJ. Functional status and the elderly cancer patient. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2002; 43:191-208.

Gáspari JC, Schwartz GM. O Idoso e a Ressignificação Emocional do Lazer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2005; 21(1): 069-076.

Gautam R, Saito T, Kai I. The pleasurable recreational activities among community-dwelling older adults. *Arch of Geront Geriat*. 2006; 43:147–155.

Gauthier AH, Smeeding TM. Time Use at Older Ages: Cross-National Differences. *Research on Aging*. 2003; 25 (3): 247-274.

Giatti L, Barreto SM. Trabalho feminino e saúde na terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):825-839.

Glass TA, Leon CM, Marottoli RA, Berkman LF. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ*. 1999; 319:478–83.

Glass TA, Mendes De Leon CF, Bassuk SS, Berkman LF. Social Engagement and Depressive Symptoms in Late Life: Longitudinal Findings. *J Aging Health*. 2006; 18: 604-628.

Gomes A, Hollerweger L, Pecoits RM, Almeida ST. Atividade, desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. *Estud. interdiscip. envelhec*. 2007;12, 7-33.

Gómez Portilla A, Martínez de Lecea C, Cendoya I, Olabarría I, Martín E, Magrach L, Romero E, Cortés J e col. Prevalencia y tratamiento de la patología oncológica en el anciano. El reto que se avecina. *Rev Esp Enferm Dig* . 2008; 100 (11): 706-715.

Gonçalves D, Mantins I, Guedes J, Pinto FC, Fonseca AM. Promoção da qualidade de vida de idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, saúde e doenças*. 2006; 7 (1): 137-142.

Graciani A, Banegas J, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. Prevalence of disability and associated social and health-related factors among the

elderly in Spain: a population-based study. *Maturitas*. 2003; 48(4):381-392.

Gray GR, Ventis DG, Hayslip B. Socio-cognitive skills as a determinant of life satisfaction in aged persons. *Int. J. Aging and Human Development*.1992; 35(3): 205-218.

Greenfield EA, Marks F. Formal volunteering as a protective factor for older adults. psychological well-being. *J Gerontol: Soc Sci*. 2004; 59B(5):258–264.

Greiner PA, Snowdon DA, Greiner LH. The relationship of self-rated function and self-rated health to concurrent functional ability, functional decline, and mortality: findings from the Nun Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1996; 51(5):234–241.

Gruenewald TL, Karlamangla AS, Greendale GA, Singer BH, Seeman TE. Feelings of Usefulness to Others, Disability, and Mortality in Older Adults: The MacArthur Study of Successful Aging. *J Gerontol: Psychol Sci*.2007; 62B (1):28–37.

Haight T, Tager I, Sternfeld B, Satariano W, Der Laan MV. Effects of Body Composition and Leisure-time Physical Activity on Transitions in Physical Functioning in the Elderly. *Am J Epidemiol*. 2005;162: 607–617.

Haley SM, Jette AM, Coster WJ, Kooyoomjian JT, Levenson S, Heeren T, Ashba J. Late Life Function and Disability Instrument: II. Development and Evaluation of the Function Component, *J Geront: Medl Sci*. 2002; 57A(4):217–222.

Hall JA, Epstein AM, McNeil BJ. Multidimensionality of health status in an elderly population construct validity of a measurement battery. *Med Care*. 1989; 27(3):168-177.

Hazuda HP, Gerety MB, Lee S, Mulrow CD, Lichtenstein MJ. Measuring Subclinical Disability in Older Mexican Americans. *Psychosom. Méd*. 2002; 64: 520–530.

Hessler RM, Jia S, Madsen R, Pazaki H. Gender, social networks and survivaltime: a 20-year study of the rural elderly. *Arch Gerontol Geriatr*.1995; 21:291-306

Hiltner J, Smith BW, Sullivan JA. The utilization of social and recreational services by the elderly: A Case Study of Northwestern Ohio. *Economic Geography* 1986; 62(3): 232-240.

Hinterlong JH, Morrow-Howell N, Rozario PA. Productive Engagement and Late Life Physical and Mental Health Findings from a Nationally Representative Panel Study. *Research on Aging*.2007;29(4):348–370.

Ho HK, Matsubayashi K, Wada T, Kimura M, Kita T, Saijoh K. Factors associated with ADL dependence: A comparative study of residential care home and community-dwelling elderly in Japan. *Geriat Geront Intern.* 2002; 2: 80–86.

Holbrook M, Skilbeck CE. An activities index for use with stroke patients. *Age Ageing.* 1983; 12:166-70.

Holmen K, Furukawa H. Loneliness, health and social network among elderly people: a follow-up study. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2002; 35: 261–27.

Hoppmann CA, Gerstorf D, Luszcz. Spousal Social Activity Trajectories in the Australian Longitudinal Study of Ageing in the Context of Cognitive, Physical, and Affective Resource. *J Gerontol: Psychol Sci.* 2008; 63B (1): 41–50.

Hsu HC. Does social participation by the elderly reduce mortality and cognitive impairment? *Aging & Mental Health.* 2007; 11(6): 699–707.

Idler EL, Kasl SV. Religion among disabled and nondisabled persons. II: attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1997;52: 306–16.

Inal S, Subasi F, Ay SM, Hayran O. The links between health-related behaviors and life satisfaction in elderly individuals who prefer institutional living. *BMC Health Services Research.* 2007; 7:30.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados preliminares do censo 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado out 2007.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população no Brasil. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acessado mar 2009.

Iso-Ahola CE, Park CJ. Leisure-related social support and self-determination as buffers of stress-illness relationship. *Journal of Leisure Research.* 1996; 28:227-249.

Klumb PL, Baltes MM. Validity of retrospective time-use reports in old age. *Appl. Cognit. Psychol.* 1999; 13: 527-539.

Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:778–83.

Jacobs JM, Cohen A, Rozenberg RH, Azoulay D, Maaravi Y, Hadassah JS. Going Outdoors Daily Predicts Long-Term Functional and Health Benefits Among Ambulatory Older People, *J Aging Health* 2008; 20; 259-272.

Javier Gómez P. El anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud. Servicio de promoción de la salud. Instituto de Salud Pública. Madrid: Consejería de sanidad. 2003.

Jardim VCFS. Perfil epidemiológico de mulheres idosas participantes de grupos de convivência. [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

Jenkins KR, Pienta AM, Horgas AL. Activity and Health-Related Quality of Life in Continuing Care Retirement Communities. *Research on Aging*. 2002; 24(1): 124-149.

Jette AM, Haley SM, Coster WJ, Kooyoomjian JT, Levenson S, Heeren T, Ashba J. Late Life Function and Disability Instrument: I. Development and Evaluation of the Disability Component. *J Gerontol Med Sci*. 2002;57A (4): 209–216.

Jette AM. Physical Disablement Concepts for Physical Therapy Research and Practice. *Physical Therapy*. 1994; 74(5):380-386.

Johnson RJ, Wolinsky FD. The Structure of Health Status Among Older Adults: Disease, Disability, Functional Limitation, and Perceived Health. *Journal of Health and Social Behavior*. 1993; 34(2):105-121.

Johnsson H, Josephsson S, Kielhofner, G. Narratives and experience in an occupational transition: A longitudinal study of the retirement process. *AJOT*, 2001;55:424-432. .

Jóia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(1):131-8.

Kalache A, Kickbush I. A global strategy for healthy ageing. *World Health*. 1997. (4):4-5.

Kane RL, Kane RA. *Assessing Older Persons: Measurement, Meaning and Practical Applications*. New York: Oxford University Press; 2000.

Kaskie B, Imhof S, Cavanaugh J, Culp K. Civic Engagement as a Retirement Role for Aging Americans. *The Gerontologist* Vol. 48, No. 3, 368–377.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185: 914-919.

Kawamoto R, Yoshida O, Oka Y, Kodama A. Influence of living alone on emotional well-being in community-dwelling elderly persons. *Geriat Gerontol Int.* 2005; 5: 152–158.

Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS, Thompson WD. *Methods in observational Epidemiology.* New York: Oxford University Press, Oxford; 1996.

Kichbusch I. Promoción de la Salud: una perspectiva mundial. In: OPS, Promoción de la Salud. Una Antología. Publicación científica. n° 557. Washington: OPS; 1996

Klumb PL.. Action regulation in old age: Time samples from everyday contexts, *International Journal of Behavioral Development.* 2001; 25: 392-399.

Klumb PL. Benefits from productive and consumptive activities: results from the berlin aging study. *Social Indicators Research.*2004; 67: 107–127.

Klumb PL, Perrez M. Why time-sampling studies can enrich work–leisure research. *Social Indicators Research* 67: 1–10, 2004.

Kono A, Kai I, Sakato C, Rubenstein LZ. Frequency of going outdoors predicts long-range functional change among ambulatory frail elders living at home. *Arch Gerontol Geriat.* 2007; 45:233–242.

Koretz B, Reuben DB. Instruments to assess fuctional status. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, Larson EB, Meier DE. *Geriatric medicine: an evidence-based approach.* 4ª ed. New York:Springer , 2003. p. 185-189.

Krause MP. Associação entre características morfofisiológicas e funcionais com as atividades da vida diária de mulheres idosas participantes em programas comunitários no município de Curitiba-PR. [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná; 2006.

Krause N, Ingersoll-Dayton B, Liang J, Sugisawa H, Religion, Social Support, and Health among the Japanese Elderly. *Journal of Health and Social Behavior.*1999; 40 (4): 405-42.

Kuo YF, Raji MA, Peek MK, Goodwin JS. Health-Related Social Disengagement in Elderly Diabetic Patients Association with subsequent disability and survival. *Diabetes Care.* 2004; 27:1630–1637.

Law M, Polatajko H, Pollock N, Mccoll MA, Carswell A, Baptiste S. Pilot testing of the Canadian Occupational Performance Measure: clinical and measurement issues. *Can J Occup Ther.* 1994; 61:191-197.

Lawton MP, Brody. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*.1969; 9: 179-186.

Leinonen R, Heikkinen E, Jylha M. Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: a 10-year follow-up study in older people. *Arch Gerontol Geriat*. 2002; 35:79–92.

Lennartsson C, Silverstein M. Does engagement with life enhance survival of elderly people in Sweden? The Role of Social and Leisure Activities. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001;56: 335-342.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. 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. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(3):735-743.

Litwin H. The association of disability, sociodemographic background, and Social Network Type in Later Life. *J Aging Health*. 2003; 15: 391-408.

Lloyd KM, Auld CJ. The role of leisure in determining quality of life: issues of content and measurement. *Social Indicators Research*. 2002; 57(1): 43-71.

Lobo A, Pereira A. Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Revista referência II.ª Série*. 2007; 4.

Lourenço RA et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39 (2): 301-8.

Lopes A. Trabalho voluntário e envelhecimento: um estudo comparativo entre idosos americanos e brasileiros. [Tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Lozano G. Terapia Ocupacional em los servicios de atención diurna em Psicogeriatría. Durante Molina P, Pedro Tarrés P. *Terapia ocupacional en Geriatria: Principios y práctica*. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2004. p. 239-251.

Luoh MC, Herzog AR. Individual Consequences of Volunteer and Paid Work in Old Age: Health and Mortality. *Journal of Health and Social Behavior*. 2002;43 (4):490-509.

Lubben JE. Social support networks among elderly Chinese Americans in Los Angeles. In: Chi I, Chapell NL, Lubben JE. *Elderly Chinese in Pacific Rim countries: social support and integration*. Hong Kong: Hong Kong University Press; 2001.

Madigan MJ, Mise DH, Maynard M. Life Satisfaction and Level of Activity of Male Elderly in Institutional and Community Settings. *Activities, Adaptation & Aging*.1996; 21(2):21-36.

Maestro Castelblanque E, Albert Cuñat V. Quiénes son ancianos frágiles-ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara (I). *Med Gen* 2002; 45: 443-459.

Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965;14:56-61.

Maier H, Klumb PL. Social participation and survival at older ages: is the effect driven by activity content or context? *Eur J Ageing*. 2005; 2: 31-39.

Maier H, Klumb PL. Daily Activities and Survival at Older Ages. *J Aging Health* 2007; 19: 594-611.

Maly RC, Hirsch SH, Reuben DB. The performance of simple instruments in detecting geriatric conditions and selecting community-dwelling older people for geriatric assessment. *Age Ageing*.1997; 26: 223-231.

Mansvelt J. Working at leisure: critical geographies of ageing. *Area*. 1997; 29(4): 289-298.

Manubens Bertran JM. Los trastornos funcionales en lo cotidiano. In: Martínez Lage JM, Pascual Millán LF. *Alzheimer 2003: ¿qué hay de nuevo?* Madrid: Aula Medica Ediciones, 2003. p: 115-120.

Marques PZ, Carlos AS. A cultura da atividade e o trabalho com idosos. *RBCEH*. 2006: 61-69.

Martos Martín DAJ. Variables mediadoras en la relación entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional. [Tese de doutorado]. Granada: Facultad de Psicología de la Universidad de Granada; 2005.

McIntosh WA, Sykes D, Kubena KS. Religion and Community among the Elderly: The Relationship between the Religious and Secular Characteristics of Their Social Networks. *Review of Religious Research*. 2002; 44(2):109-125.

Mendes de Leon CF, Glass TA, Berkman LF. Social Engagement and Disability in a Community Population of Older Adults: The New Haven EPESE. *Am J Epidemiol*. 2003;157: 633-642.

Mendes de Leon CF, Glass TA, Beckett LA, et al. Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1999;54: 162-72.

Mendes de Leon CF, Gold DT, Glass TA, et al. Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and whites: the Duke EPESE 1986-1992. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001;56: 179-90.

Menec VH, Chipperfield JG. Remaining active in later life. The role of locus of control in seniors' leisure activity participation, health, and life satisfaction. *Journal of aging and health*.1997; 9(1):105-25.

Mensink GB, Ziese T, Kok FJ. Benefits of leisure-time physical activity on the cardiovascular risk profile at older age. *International Journal of Epidemiology*.1999; 28:659-666.

Michael YL, Colditz GA, Coakley E, Kawachi I. Health Behaviors, Social Networks, and Healthy Aging: Cross-Sectional Evidence from the Nurses. *Health Study, Quality of Life Research*.1999;8(8):711-722.

Mincato PC, Freitas CR. Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul – RS. *RBCEH*.2007; 4(1): 127-138.

Moraes JFD, Souza VBA. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(4):302-308.

Moreira MMS. Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional De Saúde Pública; 2000.

Nagi SZ. An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Memorial Quarterly Fund: Health and Society*,1976: 439-467.

Nascimento RFL, Argimon IIL, Lopes RMF. Atualidades sobre o idoso no mercado de trabalho. *O Portal dos Psicólogos*.,2006:1-7.

Nikolaus T. Das geriatrische Assessment Aktueller Erkenntnisstand hinsichtlich der Eignungskriterien (Diskrimination, Prädiktion, Evaluation, Praktikabilität). *Z Gerontol Geriat*.2001;34(1): 36–42.

Nilsson I,Löfgren B, Fisher AG,Bernspång B. Focus on Leisure Repertoire in the Oldest Old: The Umeå 85+ Study.*The Journal of Applied Gerontology*. 2006; 25 (5): 391-405.

Noreau L, Desrosiers J, Robichaud J, Fougeyrollas P, Rochette A, Viscogliosi C.Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities.*Disability and Rehabilitation*. 2004; 26 (6): 346–352.

Nouri FM, Lincoln NB. An Extended Activities of Daily Living Index for stroke patients. *Clinical Rehabilitation*. 1987; 1: 301-305.

Onishi J, Masuda Y, Suzuki Y, Gotoh T, Kawamura T, Iguchi A. The pleasurable recreational activities among community-dwelling older adults. *Gerontol Geriat*. 2006; 43:147–155.

Orb A. Aspectos de salud en adultos mayores de 80 años de que viven independientemente en la comunidad: una perspectiva australiana. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004;12(4):589-96.

Organización Mundial de la Salud. Promoción de La salud: glosario. Ginebra: OMS; 1998.

Organização Mundial da Saúde. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Versão detalhada. Direção-Geral da Saúde, 2003.

OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/ World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

Ostir GV, Carlson JE, Black SA, Rudkin L, Goodwin JS, Markides KS. Disability in older adults. 1: Prevalence, causes, and Consequences. *Behavioral medicine*.1999; 24(4):147-56.

Paier GS. Development and testing of an instrument to assess functional status in the elderly. [Tese de doutorado]. Pensilvânia: Universidade da Pensilvânia, 1994.

Paixão Jr CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005; 21 (1):7-19.

Parmelee PA, Harralson TL, Smith LA, Schumacher HR. Necessary and Discretionary Activities in Knee Osteoarthritis: Do They Mediate the Pain-Depression Relationship? *American Academy of Pain Medicine*. 2007: 1526-2375.

Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2000.

Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2002. p.313-23.

Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. [Tese de doutorado] São Paulo:Faculdade de Medicina da USP.

Paskulin LMG, Molzahn A. Quality of Life of Older Adults in Canada and Brazil. *West J Nurs Res*. 2007; 29 (1):10-35.

Peña-Casanova J, Agullar M, Bertran-Serra I, Santacruz P, Hernández G, Insa R, Pujol A, Sol J. M., Blesa R y Grupo NORMACODEM. Normalización de instrumentos cognitivos y funcionales para la evaluación de la demencia. (NORMACODEM): objetivos, contenidos y población. *Neurologia*. 1997; 11:61-67.

Penning MJ. Hydra Revisited: Substituting Formal for Self and Informal In-Home Care Among Older Adults With Disabilities. *The Gerontologist*. 2002; 42 (1): 4–16.

Peres MAC. Velhice, trabalho e cidadania: as políticas da terceira idade e as resistências dos trabalhadores idosos à exclusão social. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Educação da USP; 2007.

Perez ER. Saúde e Trabalho dos Idosos em São Paulo: um estudo através da SABE. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG; 2005.

Perez ER, Wajnman S, Oliveira AMHC. Análise dos determinantes da participação no mercado de trabalho dos idosos em São Paulo. Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambú; 2006.

Peterson RA. Measuring Culture, Leisure, and Time Use. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*. America Enters the Eighties: Some Social Indicators. 1981. 453: 169-179.

Pierce D. Untangling occupation and activity. *AJOT*, 2001; 55: 138-146.

Pincus T, Swearingen C, Wolfe F. Toward a multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ)- Assessment of Advanced Activities of Daily Living and Psychological Status in the Patient-Friendly Health Assessment Questionnaire Format. *Arthritis & Rheumatism*. 1999; 42 (10): 2220–2230.

Pinsonnault E, Dubuc N, Desrosiers J, Delli-Colli N, Hebert R. Validation study of a social functioning scale: The social-SMAF (social-Functional Autonomy Measurement System). *Arch. Gerontol Geriat*. 2009; 48 (1): 40-44.

Polônio López B Terapia Ocupacional em Geriatria: 15 casos praticos. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2002. El processo de Terapia Ocupacional em geriatria; p. 49-66.

Pope AM, Tarlov AR. Disability in America: Toward a National Agenda for prevention. Boston, Institute of medicine. National Academies Press, 1991.

Poveda R, Belda J, Barberà R, Cort JM, Prat JM, Matey F, Soler C, Dejoz R. Facilitación de la vida cotidiana mediante el diseño y la selección adecuada de tecnologías de apoyo para personas mayores con dependencia funcional. *Rev Mult Gerontol* 2005;15(3):155-164.

Presidência da República Federativa do Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [Lei na internet]. [acesso em 10 de dezembro de 2008]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>

Ramos LR, Perracini M, Rosa TE, Kalache A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 1993; 8: 313-323.

Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*. 2002; 4(7): 156-175.

Reuben DB, Laliberte L, Hiris J, Mor V. A hierarchical exercise scale to measure function at the advanced activities of daily living (AADL) level. *JAGS*. 1990; 38:855-861.

Rivera Zetina DV, Estrada Hernández MR, Estrada Hernández LO. Posibilidades de la rehabilitación neuropsicológica en población geriátrica con deterioro Cognoscitivo. *Med Int Mex* 2007;23:133-137.

Roan B. The Interface Between Person and Environment. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*. 1987; 5(2): 39 – 49.

Rodrigues MC. O lazer e o idoso: uma possibilidade de intervenção. [Dissertação de Mestrado] Campinas: Faculdade de Educação Física da Unicamp; 2002.

Rolim FL, Forti VAM. Atividade física e os domínios da qualidade de vida e do autoconceito no processo de envelhecimento. [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Faculdade de Educação física da UNICAMP; 2005.

Romero Ayuso M, Moruno Miralles P. Terapia ocupacional: Teoría y técnicas. Madrid: Elsevier; 2003. Valoración funcional. p. 237-245

Rosa TEC, Benício MHA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos, *Rev Saúde Pública* 2003;37(1):40-8.

Ross CE, Drentea P. Consequences of Retirement Activities for Distress and the Sense of Personal Control. *Journal of Health and Social Behavior*. 1998; 39 (4): 317-334.

Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science*. 1987; 237 (4811): 143 – 149.

Rozzini R, Bertozzi B, Barbisoni P. Functional Status after Cardiac Surgery in Elderly People. *Age and Ageing*. 1996; 25:413-415.

Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S, Jette AM, Meenan RF, Nevins MA, Rubenstein LZ, Wasson JH, Williams ME. Health Status assessment for elderly patients. *JAGS*. 1988; 37:562-569.

Salvadores P. Enfermería y rehabilitación. Um proyecto de futuro. In: Miangolarra Page JC, Alguacil Diego IM, Águilar Maturana AM. *Rehabilitación Clínica integral funcionamiento y discapacidad*. Madrid: Elsevier; 2003. p. 102-109.

Sanjoaquín Romero AC, Fernández Arín E, Mesa Lampré MP, García-Arilla Calvo E. Valoración geriátrica Integral. In: *Sociedad Española Geriatria y Gerontología (SEGG). Tratado de Geriatria para residentes*. Pamplona. 2006. p. 59-68.

Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002; 10(6):757-64.

Satariano WA, Haight TJ, Tager IB. Living Arrangements and Participation in Leisure-Time Physical Activities in an Older Population. *J Aging Health*. 2002; 14: 427-45.

Sato T, Kishi R, Suzukawa A, Horikawa N, Saijo Y, Yoshioka E. Effects of social relationships on mortality of the elderly: How do the influences change with the passage of time? *Arch Geront Geriat*. 2008; 47(3):327-39.

Saude JR. *O desenvolvimento adulto de CG Jung*. São Paulo: Cultrix;1999.

Sayers SP, Jette AM, Haley SM, Heeren TC, Guralnik JM, Fielding RA. Validation of the Late Life Function and Disability Instrument. *JAGS*.2004; 52:1554–1559.

Schwane T, Djist M, Dieleman F. Leisure trips of senior citizens: determinants of modal choices. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*. 2000; 92 (3):347-360.

Scott PA, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Arndt M. Autonomy, privacy and informed consent: the perspectives of patients and staff in elderly care. *British Journal of Nursing*. 2003; 12(3):158-168.

Shaw BA, Janevic M. Associations Between Anticipated Support, Physical Functioning, and Education Level Among a Nationally Representative Sample of Older Adults. *Aging Health*. 2004; 16: 539-561.

Sherman SE, Reuben D. Measures of functional status in community dwelling elders. *J. Gen Intern Med* .1998;13:817-823.

Silva AC. Atividade física habitual e saúde multidimensional de idosos na cidade de Goiânia-GO. [Dissertação de Mestrado]. Blumenau: Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

Silva IR, Günther IA. Papéis Sociais e Envelhecimento em uma Perspectiva de Curso de Vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2000; 16 (1): 31-40.

Silva MJ, Lopes MVO, Araújo MFM, Moraes GLA. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(2): 201-6.

Silverstein M, Bengtson VL. Do close parent-child relations reduce the mortality risk of older parents? *Journal of health and social behavior*. 1992; 32(4):382-95.

Simonsick, EM, Newman AB, Nevitt MC, KritchevskSB, Ferrucci L, Guralnik JM, Harris T. Measuring Higher Level Physical Function in Well-Functioning Older Adults: Expanding Familiar Approaches in the Health ABC Study. *J Gerontol: Med Sc*. 2001; 56A (10): 644–649.

Sindaco DD, Zuccalà G, Pulignano G, Cocchi A. La valutazione multidimensionale dell'anziano con scompenso cardiac. *Ital Heart J*. 2004; 5 (10): 26-36.

Smith NR, Kielhofner G, Watts JH, The relationships between volition, activity pattern and life satisfaction in the elderly. *AJOT*.1986; 40 (4):278-283.

Smits CH, Deeg DM, Schmand B. Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. *Am J Epidemiol*. 1999; 50(9): 978-86.

Souza AC, Magalhães LC, Teixeira-Salmela LF. Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do Perfil de Atividade Humana. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(12):2623-2636.

Souza CDF. Lazer e turismo na interface da saúde e da educação como meio de promoção de saúde mental do idoso. [Dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto:Escola de Enfermagem da USP; 2007.

Souza MF, Marin HF, Miyazawa NS, Arantes SL. O modelo de adaptação de Roy. Proposta de aplicação em Enfermagem Obstétrica. *Acta Paul. Enf*. 1989; 2(1): 14-17.

Stelmachuk MSL. Sentidos do trabalho para idosos em exercício profissional remunerado. [Dissertação de Mestrado]. Blumenau: Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina;2005.

Stevens-Ratchford R, Diaz T. Promoting Successful Aging Through Occupation. An Examination of Engagement in Life: A Look at Aging in Place, Occupation and Successful Aging. *Activities, Adaptation & Aging*. 2003; 27(3/4):19-37.

Strehl L. O fator de impacto do ISI e a avaliação da produção científica: aspectos conceituais e metodológicos. *Ci. Inf.* 2005; 34 (1):19-27.

Sun R, Liu Y. Mortality of the Oldest Old in China: The Role of Social and Solitary Customary Activities. *J Aging Health* 2006; 18: 37-55.

Svanborg A. Biomedical Perspectives Productive Aging. In: Morrow-Howell N, Hinterlong J, Sherraden MW. *Productive aging: concepts and challenges*. Baltimore:JHU Press, 2001.

Svide GA, Tham K, Borell L. Elderly participants of social and rehabilitative day centres. *Scand J Caring Sci*. 2004; 18:402–409.

Tomasini SLV, Alves S. Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *RBCEH*, Passo Fundo. 2007; 4(1): 88-102, jan./jun. 2007

Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15 (2): 7-14.

Varoto VAG. E quando a dependência chegar? Um estudo das organizações disponíveis para idosos em uma cidade média do interior paulista. [Tese de Doutorado] São Carlos: Faculdade de Engenharia da Universidade Federal de São Carlos; 2005.

Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(3): 246-52.

Verbrugge L, Jette A. The disablement process. *Soc Sci Med*. 1994; 38:1-14.

Wang HX, Karp A, Winblad B, Fratiglioni L. Late-Life Engagement in Social and Leisure Activities Is Associated with a Decreased Risk of Dementia: A Longitudinal Study from the Kungsholmen Project. *Am J Epidemiol*. 2002;155:1081–1087.

World Health Organization. *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health – ICF*. Geneva; 2002.

Yang Y, George LK. Functional Disability, Disability Transitions, and Depressive Symptoms in Late Life. *J. Aging Health*. 2005; 17 (3): 263-292.

Zimmer Z, Lin HS. Leisure activity and well-being among the elderly in Taiwan: Testing hypotheses in an Asian setting. *J Cross-Cult Gerontol.* 1996;11: 167-186.

ANEXO I- Quadro comparativo de estudos longitudinais envolvidos, segundo país, ano, variáveis e nome do estudo. São Paulo, São Paulo. 2009

Autor/ano	Duração do estudo	Amostra/ random/ sexo	Variável Dependente	Variável Independente	Variável de Ajuste	Nome do estudo
ATCHLEY e SCALA (1998) Estados Unidos	16 anos	3777/S/A	Capacidade funcional	Autopercepção de saúde, limitação funcional, auto-confiança, atividades básicas e avançadas da metade inferior, manutenção do lar, trabalho em tempo integral, sair para ir à igreja, para um encontro ou visita.	sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação,	s/refer.
AVLUND e col. (2004 a) Dinamarca	1,5 anos	1396/S/A	Capacidade funcional	Diversidade nas relações sociais, participação social, satisfação com relações sociais e suporte social instrumental.	escolaridade, nº de diagnósticos, equilíbrio e marcha, funcionamento cognitivo, viver com cônjuge, viver em instituição, viver em casa.	Nordic Research on Ageing NORA
AVLUND e col. (2004 b) Dinamarca	5 anos	651/S/A	Capacidade funcional	Tipos de Relações sociais, suporte social instrumental.	Idade, sexo, anos de escolaridade, medidas de saúde e estado cognitivo, residência em instituição.	Nordic Research on Ageing NORA
BENNET (2002) Inglaterra	8 anos	308/S/H	mortalidade	Engajamento social e moral em T1, engajamento social, moral e saúde em T2, número de condições crônicas de saúde.	Escolaridade, problemas de saúde e depressão, velocidade perceptiva	Nottingham Longitudinal Study of Activity and Ageing NLSAA

ANEXO I- Quadro comparativo de estudos longitudinais envolvidos, segundo país, ano, variáveis e nome do estudo. São Paulo, São Paulo. 2009 (continuação)

Autor/ano	Duração do estudo	Amostra/random/sexo	Variável Dependente	Variável Independente	Variável de Ajuste	Nome do estudo
BLUMSTEIN e col. (2004) Israel	5 anos	3123/S/A	Capacidade funcional	Número de doenças crônicas, número de medicações, independência nas AVD, atividades metade superior, atividades básicas e avançadas da metade inferior, atividades físicas AAVD, funcionamento cognitivo.	atividade física, idade, sexo, escolaridade, urbanicidade, estado civil, arranjos de vida, função cognitiva, tabagismo, álcool .	s/referência
BRAAM e col. (1997) Holanda	1 ano	539/S/A	Depressão	Relevância da religião na vida pessoal, Saúde física foi avaliada com três indicadores: presença de doenças crônicas, os sintomas de dor e limitações funcionais.	Etnia, estado civil, sexo, idade, AVD, educação e renda pessoal, prevalência de doenças auto-referidas	s/ref.
BUKOV e col. (2002) Alemanha	5 anos	516/S/A	Participação social	Independência nas AVD (Barthel)	Idade, sexo, suporte formal comunitário, cansaço em atividades diárias, uso de medicação.	Berlin Aging Study BASE
CHOI e BOHMAN (2007) Estados Unidos	2 anos	8030/S/A	Depressão	Doenças crônicas, dependência nas AVD e AAVD entre T1 e T2 mudanças no estado civil e de cuidado, trabalho e voluntariado, mudanças no estilo de vida: atividade física, tabagismo e ingestão alcoólica.	Variáveis sócio-demográficas, nº de doenças crônicas, função cognitiva, depressão	Longitudinal Health and Retirement Study

ANEXO I- Quadro comparativo de estudos longitudinais envolvidos, seguido país, ano, variáveis e nome do estudo. São Paulo, São Paulo. 2009 (continuação)

Autor/ano	Duração do estudo	Amostra/random/sexo	Variável Dependente	Variável Independente	Variável de Ajuste	Nome do estudo
CROSNOE e ELDER JR., (2002) Estados Unidos	48 anos	424/S/H	Satisfação com a vida	Envolvimento cívico (vida familiar, amizades, vida cultural, serviços sociais, comunitários, profissionais, religiosos, políticos, sociais, educacionais, recreativos e mistos, engajamento familiar, sucesso ocupacional percebido)	Morte e perda do contato, idade cronológica em T1, raça/etnia, anos de educação, renda familiar total.	s/referência
FERRARO (2005) Estados Unidos	8 anos	1279/S/A	Depressão	Voluntariado	Peso, altura, nº doenças crônicas, depressão, tabagismo, álcool, auto-percepção de saúde, velocidade da caminhada	s/referência
GLASS e col. (2006) Estados Unidos	6 anos	2812/S/A	Depressão	Atividades sociais e produtivas, número de condições médicas auto-referidas, independência nas AVD e AIVD, peso relativo (IMC), força básica e amplitude de movimento desenvolvida por Nagi (1976).	idade, sexo, estado civil, nível educacional, raça/etnia, nível de atividade física.	Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly EPESE
GLASS e col.(1999) Estados Unidos	13 anos	2761/S/A	Mortalidade	Atividades sociais, atividades produtivas e atividades físicas	Escolaridade, renda; estado de saúde (IMC e doenças crônicas), interações entre tempo e idade, tempo e sexo e tempo e raça.	Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly EPESE

ANEXO I- Quadro comparativo de estudos longitudinais envolvidos, segundo país, ano, variáveis e nome do estudo. São Paulo, São Paulo. 2009 (continuação)

Autor/ano	Duração do estudo	Amostra/random/sexo	Variável Dependente	Variável Independente	Variável de Ajuste	Nome do estudo
GRUENEWALD e col. (2007) Estados Unidos	7 anos	1189/S/A	Capacidade funcional mortalidade	Sentimento de utilidade aos parentes e amigos, engajamento em atividades sociais, integração social.	Atividade física, tabagismo, abstinência ao uso do álcool e fumo, sexo, idade, renda, estado civil.	MacArthur Study of Successful Aging MSSA
HAIGHT e col. (2005) Estados Unidos	6 anos	1655/S/A	Capacidade funcional	Composição corpórea, frequência de participação em atividades físicas de lazer.	idade, sexo, etnia, estado civil, anos de educação formal, o tabagismo), comorbidades e história de sintomatologia depressiva	Community-based, longitudinal study of the effect of aging on functioning in the elderly
HESSLER e col., 1995 Estados Unidos	20 anos	1799/S/A	mortalidade	Participação social, rede de amizades, contatos com crianças, participação formal total.	idade, sexo, saúde, estado civil, renda.	s/referência
HOLMEN e col. (2002) Suécia	10 anos	1702/S/A	Solidão	Auto-percepção de saúde, satisfação do contato com amigos, número de amigos íntimos, frequência de contato com amigos	idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, e renda), artrite estado (duração dos sintomas, um / dois joelhos), e estado geral da saúde (auto-avaliação da saúde e do número de problemas auto-referidos)	Kungsholmen project 'Ageing and dementia',, muito idosos

ANEXO I- Quadro comparativo de estudos longitudinais envolvidos, segundo país, ano, variáveis e nome do estudo. São Paulo, São Paulo. 2009 (continuação)

Autor/ano	Duração do estudo	Amostra/random/sexo	Variável Dependente	Variável Independente	Variável de Ajuste	Nome do estudo
HOPPMANN e col. (2008) Austrália	11 anos	565/S/A	Atividades sociais	Interdependência para atividades, mudanças nas atividades, recursos individuais e de casais	idade, sexo, raça/etnia, estado civil, renda, IMC, fumo, incapacidade funcional, câncer, diabetes, AVC e infarto do miocárdio.	Australian Longitudinal Study of Ageing
HSU (2007) China	6 anos	3134/S/A	mortalidade e função cognitiva	Participação social (trabalho remunerado contínuo, trabalho não remunerado e frequência a encontros de clubes/grupos religiosos, organização ocupacional, serviço social ou trabalho voluntário, grupo político, grupo de ação ou serviço comunitário, associação, clube de idosos.	idade, gênero, estado civil, raça, estado socioeconômico, tabagismo	Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey CLHLS
KAWAMOTO e col. (2005) Japão	2 anos	963/S/A	Bem-estar emocional	Arranjos domiciliares	Idade, sexo, estado civil, renda, eventos de vida indesejáveis, suporte social	s/referência
KLUMB e MAIER (2007) Alemanha	13 anos	516/S/A	Mortalidade	Tipos de atividades, atividades sociais, contexto social	idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade, renda, a integração social e informal.	Berlin Aging Study BASE

ANEXO I- Quadro comparativo dos estudos longitudinais, segundo país, ano, variáveis e nome do estudo. São Paulo, São Paulo. 2009 (continuação)

Autor/ano	Duração do estudo	Amostra/ random/ sexo	Variável Dependente	Variável Independente	Variável de Ajuste	Nome do estudo
JACOBS e col. (2008) Israel	7 anos	528/S/A	Mortalidade	ABVD, AVD, nível de atividade física, solidão, depressão, estado cognitivo, estado de saúde (número de diagnósticos e exame médico), fadiga, tontura, satisfação global com o sono, histórico de quedas, déficit visual.	nível educacional, motivo da aposentadoria, renda, saúde física, saúde emocional, estado civil, casamento duradouro, avanços na carreira antes de 1941 e depois de 1946, saúde física, 1953-1966, alcoolismo persistente, qualidade da relação conjugal, isolamento social duradouro, aumento do envolvimento religioso. Pontos de mudança: exposição à segunda guerra mundial e morte familiar.	CALAS
KONO e col (2007) Japão	2,5 anos	107/S/A	Capacidade funcional, auto-eficácia, depressão, função cognitiva e suporte social	Frequência de atividades sociais, produtivas e de lazer realizadas fora do domicílio.	Sócio-demográficas	s/ referência
KUO e col. 2004, Estados Unidos	2 anos	8794/S/A	Capacidade funcional	Funcionamento social (SF-36)	Sócio-demográficas	Health Outcomes Survey HOS

ANEXO I- Quadro comparativo dos estudos longitudinais, segundo país, ano, variáveis e nome do estudo. São Paulo, São Paulo. 2009 (continuação)

Autor/ano	Duração do estudo	Amostra/ random/ sexo	Variável Dependente	Variável Independente	Variável de Ajuste	Nome do estudo
LEINONEM e col. (2002) Finlândia	10 anos	388/S/A	Autopercepção de saúde	Capacidade funcional, atividade física, funcionamento social, depressão, velocidade da marcha, flexão de tronco, força de preensão manual, peso, capacidade vital, funcionamento cognitivo	idade, sexo, estado civil, anos de escolaridade, renda e ser membro da igreja.	s/referência
LENNARTSSON e SILVERSTEIN (2001) Suécia	5 anos	537/S/A	Mortalidade	Atividades sociais e de lazer	Idade, sexo, estado civil, renda, anos de escolaridade,	Study of Living Conditions of the Oldest Old SWEOLD
LUO e HERZOG (2002) Estados Unidos	7 anos	4860/S/A	auto-percepção de saúde, capacidade funcional	Exercício físico vigoroso, religiosidade, contatos sociais, funcionamento cognitivo, sintomas depressivos. Trabalho voluntário (até 100 horas, 100-199 horas, 200-499 horas e 500 horas e mais). Trabalho remunerado (até 100 horas, 100 horas e mais).	Idade, anos de escolaridade, idade de chegada a Israel – para os imigrantes, estado civil e auto-definição como sobrevivente do holocausto.	Asset and Health Dynamics among the Oldest Old Study AHEAD
MAIER e KLUMB (2005) Alemanha	3 anos	81/S/A	Mortalidade	Tempo gasto em atividades sociais/ tempo gasto em contextos sociais	sexo, estado civil, escolaridade, dificuldades financeiras.	Berlin Aging Study BASE

ANEXO I- Quadro comparativo dos estudos longitudinais, segundo país, ano, variáveis e nome do estudo. São Paulo, São Paulo. 2009 (continuação)

Autor/ano	Duração do estudo	Amostra/ random/ sexo	Variável Dependente	Variável Independente	Variável de Ajuste	Nome do estudo
MENDES DE LEON e col.(2003) Estados Unidos	6 anos	2812/S/A	Capacidade funcional	Engajamento social, medidas do número e extensão dos relacionamentos sociais.	Sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda.	Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly EPESE
PARMELEE e col. 2007, Estados Unidos	1 ano	369/N/A	depressão	Participação em atividades de lazer, incapacidade em AVD e AAVD.	Autopercepção de saúde, stress, bem estar emocional, estado civil, idade, doenças crônicas, escolaridade, renda.	s/referência
ROZZINI e col. (1996) Itália	1 ano	82/N/A	mortalidade	Função física, AVD, ABVD, AAVD	sexo, idade, renda, estado civil	s/referência
SATO e col. (2007) Japão	12 anos	652/S/A	Mortalidade	Rede social (estado civil, arranjo vida, frequência de contato com os filhos distantes, com parentes próximos que vivem na mesma cidade, amigos íntimos, com associação de vizinhos e de grupo), apoio social e estilo de vida ativo.	fatores sócio-demográficos, função física, número de doenças crônicas, estado emocional e cognitivo	s/referência

ANEXO I- Quadro comparativo dos estudos longitudinais, segundo país, ano, variáveis e nome do estudo. São Paulo, São Paulo. 2009 (continuação)

Autor/ano	Duração do estudo	Amostra/ random/ sexo	Variável Dependente	Variável Independente	Variável de Ajuste	Nome do estudo
SUN e LIU (2006) China	2 anos	7938/S/A	Mortalidade	Atividades cotidianas (solitária-ativa, solitária-sedentária), atividades sociais), independência nas AVD, número de doenças crônicas, auto-percepção de saúde.	Prejuízo funcional inicial, presença de problemas cardio-circulatórios, tabagismo	Chinese Longitudinal Healthy Survey CLHLS
WANG e col. (2002) Suécia	6 anos	732/S/A	Incidência de demência	Atividades sociais, atividades intelectuais e atividades produtivas	idade, sexo, educação, funcionamento cognitivo, comorbidades, sintomas depressivos, funcionamento físico.	s/referência
YANG e GEORGE (2005) Estados Unidos	6 anos	1300/S/A	Depressão	Incapacidade funcional, AVD, AIVD, atividades de Nagi (extremidade superior e inferior), atividades físicas avançadas de vida diária.	idade, sexo, estado civil, condições de moradia, funções cognitivas	s/referência

ANEXO II- Quadro comparativo de estudos transversais envolvidos, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
ANDEL e col. (2007) Suécia	386/S/A	Funcionamento cognitivo (MEEM)	complexidade do trabalho com dados, a complexidade do trabalho com as pessoas, e complexidade do trabalho com as coisas.	Idade, sexo e infância, renda, escolaridade
ANDERSON e col. (1998) Brasil	24/N/A	qualidade de vida, adoecimento e manutenção à saúde, mortalidade.	atividades físicas domiciliares cotidianas (10 questões), recreativas (questão descritiva, relacionadas ao tipo, duração – horas por semana, e, frequência – número de meses por ano) e esportivas (questão descritiva), medidas das pregas cutâneas, IMC, relação cintura/quadril, força muscular, sentar/levantar da cadeira por 30 segundos, teste de flexibilidade, teste de alcance funcional, escala de equilíbrio de BERG, atividades produtivas, atividades de lazer, atividades externas ao domicílio, independência AVD, AIVD, projeto de vida, auto-percepção de saúde comparada com outros de sua idade.	Sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda, apoio social, co-residência, satisfação com o apoio, saneamento básico, moradia própria, estado ocupacional, doenças crônicas, uso de medicação, internação.

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
ARGIMON e col. (2004) Brasil	121/S/A	Escala de Depressão Geriátrica, MEEM, Span de Números, Teste de Evocação Seletiva Livre e com Pistas de Buschke, Fluência Verbal.	LAZER: Ativ. mentais (leitura, bingo, cartas, dama, palavras cruzadas) Ativ. TV e rádio (novela, notícias, futebol); Ativ. manuais (crochê, tricô, artesanato, bordado) Ativ. física (caminhada, pescaria, sinuca, relaxamento, bocha, horta) ativ. sociais (baile, grupo 3ª idade, receber amigos, visitar doentes) Ativ. religiosas (assistir a missa, ativ. relacionadas à igreja).	sexo, idade, escolaridade, renda, exercício profissional, sabe ler/escrever
BAXTER e col. (1998) Estados Unidos.	1757/S/A	qualidade de vida, auto-percepção de saúde	número de amigos íntimos/ parentes, número de contatos telefônicos por mês, número de visitas a amigos em suas casas (por semana), participação em atividades externas (grupo social, igreja, trabalho voluntário), qualquer uma das três atividades	idade, sexo, escolaridade, renda, estado civil, brancos hispânicos e não hispânicos, número de doenças crônicas e capacidade para sair (mobilidade).
BORGES (2006) Brasil	102/S/A	Capacidade funcional	independência funcional AVD, atividades instrumentais de vida diária, escolaridade, atividades expandidas de vida diária, condição visual	sem referência

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
BRESSER e PRIEL (2007) Israel	147/N/A	depressão	auto-percepção de saúde, ABVD, AIVD, AAVD, apoio social, características estruturais,	data de nascimento, número de anos de escolaridade, estado civil, problemas econômicos co-residência
BURR e col. (2007) Estados Unidos	1896/S/A	atividades produtivas	Trabalho remunerado, voluntariado, cuidado informal, manutenção do lar.	Idade, estado civil, sexo, raça, anos de escolaridade, renda familiar. Dificuldade em 1 ou mais atividades: banhar-se, caminhar distâncias curtas, subir degraus fazer limpeza pesada ao redor da casa.
CAPITANINI (2000) Brasil	20/N/F	Satisfação global com a vida	a rede de relações quanto a tamanho, natureza, frequência de contatos e satisfação; envolvimento social; significados de solidão e de bem-estar psicológico.	Sócio-demográficas sexo, idade, estado civil, escolaridade, etnia

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
DAVIM e col. (2004) Brasil	76/S/A	Motivo de institucional.	lazer, estado ocupacional, suporte financeiro, cuidados recebidos, motivo da institucionalização, uso de sistema de saúde público/privado, visitas recebidas, convívio com familiares, desejo de convívio com familiares, doenças crônicas, problemas com o sono, autopercepção de saúde, dependência nas AVD, co-residência antes da institucionalização.	sexo, idade, estado civil, escolaridade, lazer, renda, uso de álcool, fumo, plano de saúde,
DEMURA e SATO (2003) Japão	1302/N/A	depressão	qualidade de vida, estilo de vida, estrutura familiar, satisfação com situação econômica, frequência a hospitais, avaliação subjetiva da forma física, avaliação subjetiva do estado de saúde, estado do sono, regularidade de hábitos alimentares, tabagismo, ingestão alcoólica, frequência de saídas, frequência e duração de exercícios, participação em voluntariado, projetos de vida e metas para o futuro, número de amigos, satisfação com a vida, moral e funcionalidade (AVD)	idade, estado civil, ocupação, situação econômica, estado de saúde, atividade social .

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
DESHOTELS (2004) Estados Unidos	6468/S/A	sintomas depressivos	identificação e informações gerais ; rotinas habituais; funcionamento cognitivo; comunicação e audição; visão; humor e comportamentos; bem-estar psicossocial; funcionamento físico e problemas estruturais; continência; diagnósticos de doenças, condições de saúde; .. saúde bucal, as condições da pele; medicamentos; tratamentos e procedimentos; estado geral, avaliação de informações	Idade, sexo, raça, anos de escolaridade, função cognitiva, independência nas AVD,
DI MAURO e col. (2001) Itália	260/N/A	Tempo de envolvimento em atividades de lazer	Estado cognitivo, estado emocional, AVD, AVD, atividades sociais	Sexo, etnia, renda, educação, idade, incapacidade.
DUONG e col. (2005) Inglaterra	244/S/A	freqüência de atividades sociais	Estado de saúde - AVD, AIVD, estado cognitivo, estado emocional, depressão, auto-percepção de saúde.tipo de ocupação, satisfação com situação econômica, estado emocional, atividades sociais, autopercepção de saúde, atividades sociais, presença de dor crônica	Sexo, idade, nível educacional, renda, estado civil

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIAVEIS DE CONFUSÃO
ENELGSTRÖM e col. (2006) Suécia		qualidade de vida	depressão, (GDS), contatos sociais, atividades realizadas durante o dia	sexo, faixa etária, escolaridade
EVERARD e col. (2000) Estados Unidos	244/S/A	Saúde física e saúde mental	Atividades instrumentais, atividades sociais, atividade de lazer de alta demanda, atividades de lazer de baixa demanda, atividades sociais, suporte emocional indireto, suporte instrumental indireto, suporte emocional direto, suporte instrumental direto.	idade, sexo, escolaridade, raça, renda.
FELICIANO e col. (2004) Brasil	612/S/A	condição de vida e saúde	hábitos de vida; morbidade referida e atividades da vida diária; capacidade cognitiva; acesso a serviços de saúde; suporte familiar; assistência domiciliar e avaliação subjetiva da condição de saúde.	Sexo, raça, escolaridade, renda, idade
FERNANDEZ-BALLESTEROS e MONTORIO (1998) Espanha	1403/S/A	depressão, auto-percepção de saúde.	Objetivo da saúde, disponibilidade de apoio social, recreação, escolha política, atividades sócio-recreativas, acessibilidade comunitária, capacidade funcional, acessibilidade do contexto físico.	Variáveis socio-demográficas

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
FIEDLER e PEREZ (2008) Brasil	345/S/A	Capacidade funcional (AVD, AIVD)	Co-residência, auto-percepção da situação econômica, condição da residência, tipo de atividade ocupacional	Sexo, idade, renda, escolaridade, casa própria.
FIORÍ e col. (2007) Alemanha	516/S/A	Sintomas depressivos, bem-estar subjetivo, índice de morbidade, saúde auto-referida, número de doenças crônicas	tamanho total da rede social, frequência de contato com familiares, freq. Contato amigos, número de atividades., proporção de outros íntimos, suporte instrumental, suporte emocional, satisfação com familiares ou amigos.	idade, gênero, escolaridade, estado civil
FRANCISCO (2006) Brasil	2143/S/A	velhice avançada sem incapacidade funcional	declínio cognitivo, naturalidade saúde, número de doenças, hipertensão, diabetes, queda, saúde na infância, economia na infância, união, companhia, atividade física, atividade mental, álcool, tabaco, doenças antes dos quinze anos, incapacidade, arranjos domiciliares, tipo de ajuda recebida, tipo de ajuda fornecida, flexibilidade e mobilidade.	sexo, escolaridade, renda, idade
FRICKE e UNSWORTH (2001) Austrália	33/N/A	AIVD (atividades sociais, lazer, manutenção do lar)	Problemas de saúde, auxílio à mobilidade, arranjos domiciliares	Idade, sexo, idioma

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
GARCÍA-MARTÍN e col. (2004) Espanha	102/N/A	Atividades de lazer	Suporte social, solidão, satisfação com a vida, depressão, controle percebido, auto-eficácia social, saúde, incapacidade cognitiva, atividades de lazer, satisfação com as atividades de lazer organizadas escolhidas.	Sexo, idade, escolaridade, renda
GAUTAM e col. (2007) Nepal	1404/S/A	depressão e satisfação com a vida,	Apoio social, auto-percepção de saúde, atividades sociais, religiosas e de lazer.	idade , sexo ,; situação conjugal , nível de escolaridade, satisfação financeira, bens herdados.
GAUTHIER e SMEEDING (2003) Estados Unidos	3943/S/A	padrões de tempo	trabalho remunerado, trabalho doméstico, atividades ativas, atividades passivas	idade, sexo, estado civil, estatuto profissional, educação, renda, saúde e deficiência do demandado e dos membros da família

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
GIATTI e BARRETO (2002) Brasil	4607/S/A	situação no mercado de trabalho, (aposentada, trabalha e outra condição)	Percepção da própria saúde, afastamento de atividades habituais, acamado nas últimas duas semanas e relato de doença, grau de dificuldade relatado para realizar as seguintes tarefas: alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados; empurrar mesa ou realizar consertos domésticos, subir ladeira ou escada; abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; andar mais de um quilômetro; andar cerca de 100 metros.	idade, região de residência, renda e escolaridade
GRACIANI e col. (2003)	4000/S/A	Capacidade funcional	AVD, AIVD, mobilidade, estado cognitivo, número de doenças crônicas, atividades sociais e de lazer, necessidade de cuidados hospitalares	Sexo, idade, estado civil, anos de escolaridade, renda,
GREENFIELD (2004) Estados Unidos	373/S/A	bem estar psicológico	horas dedicadas ao voluntariado formal, afeto positivo, objetivo na vida	idade, raça, sexo, renda, educação e limitações funcionais de saúde

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
HALL e col. (1989) Irlanda	590/S/A	Estado de saúde	função física , auto-percepção de saúde global, ansiedade, depressão, bem-estar, atividade social, funcionamento cognitivo, saúde geral número de condições médicas registradas durante o ano anterior.	sem referência
HILTNER e col. (1986) Estados Unidos	308/S/A	Utilização de serviços sociais nos últimos 6 meses l	sexo, idade, educação, estado civil e arranjos de vida, renda, capacidade de dirigir, localização, condição de saúde.	sem referência
HINTERLONG e col. (2007) Estados Unidos	1644/S/A	Auto-percepção de saúde, depressão, AVD, AIVD,	Engajamento em papéis produtivos (trabalho voluntário, trabalho remunerado irregular, cuidador, provedor de assistência informal, número total de papéis de engajamento, número de horas de engajamento)	Sexo, idade, renda, anos de escolaridade, raça, estado civil
HO e col. (2002) Japão	1230/S/A	Independência nas AVD	AIVD, AVD comunicação, AVD sociais, trabalho diário, qualidade de vida, AAVD, condições de saúde, viver só, boa relação com a família, auto-percepção de saúde, depressão	idade, sexo, estado civil, uso de álcool, tabagismo,

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
INAL e col. (2007) Turquia	133/NA	Satisfação com a vida	Frequência de atividade física, hábitos de fumo (fumante, ex-fumante, e não-fumante). uso de álcool (abstinência, bebida não freqüente, bebida moderada e bebida excessiva), histórico de quedas, freqüência de atividades de lazer (artesanato, leitura, jardinagem) .	Sexo, estado civil nível de escolaridade, seguro social (1 = sim, 2 = não); e numero de crianças, renda.
JARDIM (2007) Brasil	207/S/M	Grau de satisfação com a vida	Auto-percepção de saúde, doenças crônicas, número de doenças crônicas, uso de serviços de saúde, satisfação com serviços de saúde, cuidador potencial, AVD, AIVD, atividades sociais, ocupação do tempo livre, apoio recebido, apoio oferecido.	Sexo, estado civil, anos de escolaridade, número de filhos, co-residência,
JENKINS e col. (2002) Estados Unidos	167/NA	qualidade de vida	envolvimento em atividades (tipos e níveis de atividades)	idade, gênero, escolaridade, dependência, sexo, estado civil, dependência.

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
JOHNSON e WOLINSKY (1993) Estados Unidos	515/S/A	Estado de saúde.	Número de doenças crônicas, atividades de Nagi para metade inferior (caminhar um quarto de uma milha, subir dez degraus, permanecer em pé, abaixar-se e levantar 25 quilos). Metade superior: sentar por mais de duas horas, alcançar algo acima da cabeça e pegar objetos com suas mãos. AVD, AIVD, AAVD, auto-percepção de saúde.	idade, raça, sexo, escolaridade
JÓIA e col. (2007) Brasil	365/S/A	satisfação com a vida (boa/ruim)	satisfação com os diferentes aspectos da vida, estilo de vida, morbidade, estado emocional, formas de socialização, grau de atividade física, rede social	Sócio-demográficas
KLUMB (2004) Alemanha	81/S/A	engajamento cívico, engajamento no trabalho, voluntariado	saúde auto-referida e nível de atividade física, razões para a aposentadoria, planejamento da aposentadoria, atitudes sobre voluntariado e trabalho na comunidade, oportunidades de trabalho, quantidade de dinheiro, oportunidades de voluntariado, fontes de planejamento da aposentadoria, atividades pós aposentadoria	idade, sexo, estado conjugal, raça, renda, escolaridade

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
KLUMB (2001) Alemanha	474/S/A	Dificuldades nas Atividades cotidianas (atividades regenerativas, produtoras e consumidoras)	humor (afeto), crença de auto-eficácia	Idade
KLUMB e BALTES (1999) Alemanha	83/N/A	Afeto positivo	tipo de atividade, razões para a atividade, contexto social, personalidade.	Sem referência
KRAUSE (2006) Brasil	1069/S/A	Afeto positivo	tempo de envolvimento em tipos de atividade, humor, tipo de personalidade	sem referência
KRAUSE e col. (1995) Japão	2447/S/A	capacidade funcional	ABVD, AIVD, Teste para avaliação das AVDs (Modified Baecke Questionnaire for Older Adults), medidas antropométricas, teste de flexibilidade, equilíbrio, comorbidades, força em MMSS (dinâmica e estática), aptidão funcional.	variáveis sociodemográficas
LASKIE (2008) Estados Unidos		Prática religiosa	suporte emocional oferecido a outros, auto-avaliação da saúde	idade, educação, estado civil, estado ocupacional

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
LITWIN (2003) Israel	2079/S/A	tipo de rede social	Atividades de Nagi (Membro superior) Dificuldades para executar as atividades: empurrar um objeto grande, alcançá-lo ,carregá-lo e soltá-lo, usar um instrumento delicado	Sexo, etnia, renda, educação, idade, incapacidade.
LOBO e PEREIRA (2007) Portugal	164/S/A	Capacidade funcional	Estado cognitivo, IMC, tempo de institucionalização	Sexo, idade, escolaridade, renda
LOPES (2006) Brasil	103/S/A	trabalho voluntário	natureza do vínculo institucional, modos de vida, motivações, significados, benefícios percebidos, bem-estar subjetivo, ajustamento psicológico e atitudes em relação à comunidade;	Sócio-demográficas: idade, sexo, estado civil, nível educacional, raça/etnia,
LUBBEN e LEE (2001) Estados Unidos.	240/N/A	Rede de suporte social	Apoio recebido, co-residência, contatos com familiares, contatos com vizinhos e amigos, dificuldades nas AAVD, etnia.	Sexo, idade, escolaridade, autopercepção de saúde
MADIGAN e col. (1996) Estados Unidos	100/N/H	satisfação com a vida	Comunicação, atividades sociais e de lazer, auto-cuidado, atividade física e trabalho, atividades relacionadas a satisfação com a vida.	não mencionadas

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIAVEIS DE CONFUSÃO
MCINTOSH e col. (2002) Estados Unidos	424/S/A	participação religiosa	rede de apoio, natureza da filiação religiosa. Tamanho, densidade, diversidade, frequência de interação, parentesco, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, organização voluntária, tipo de comunidade religiosa (conservadora, moderada, liberal, católica).	sexo, idade, status socioeconômico, etnia, tamanho do local de residência, presença de problemas crônicos de saúde, número de doenças crônicas; capacidade funcional, local de residência (rural/urbano).
MICHAEL e col. (1999) Estados Unidos	54868/S/A	capacidade funcional	contatos sociais, atividades recreativas (nível de atividade física), comportamentos de saúde.	tabagismo, consumo de álcool, sexo, sedentarismo, sobrepeso, idade, raça, educação e comorbidades,
MINCATO e FREITAS (2007) Brasil	66/N/A	qualidade de vida	capacidade funcional (AVD, AIVD, AAVD, avaliados conjuntamente)	Sexo, idade, renda, anos de escolaridade

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
MORAES e SOUZA (2005) Brasil	400/N/A	Envelhecimento bem-sucedido	Atividades sociais e relacionamentos, relações familiares e amizades e auto-percepção de saúde, capacidade funcional AVD, suporte social e qualidade do contexto ambiental.	gênero, idade, nível de depressão, desesperança, saúde percebida, sentido que as crenças pessoais dão à vida, satisfação com atividades e relações sociais
NILSSON e col. (2006) Suécia	374/S/A	repertório de lazer	doenças crônicas, capacidade funcional (AVD), estado cognitivo	idade, sexo, estado civil, escolaridade, local de residência (urbano, rural)
ONISHI e col. (2006) Japão	420/S/A	qualidade de vida	Prazer nas atividades recreativas, arranjos domiciliares, presença de dor, dificuldades em AVD, estrutura familiar, ocupação antiga e atual, presença de dor crônica, passatempos, relações humanas, frequência de saídas, dificuldade na gestão de finanças, quantidade de prazer	Idade, sexo.

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
PASKULIN e MOLZAHN (2007) Brasil/Canadá	999/S/A	Qualidade de vida	Satisfação com a vida, significado da vida, oportunidade para atividades de lazer, dinheiro suficiente para as necessidades, satisfação com o ambiente físico, satisfação com o desempenho nas AVD e satisfação com os relacionamentos	Dados demográficos: idade, sexo, estado civil, nível de educação e arranjos de vida.
PENNING (2002) Estados Unidos.	661/S/A	Uso de serviços formais	Auto-cuidado, AVD, AAVD, cuidados formais, cuidados informais recebidos	Sem referência
PEREZ e col. (2006) Brasil	2113/S/A	Trabalho atual, horas trabalhadas	Auto-percepção de saúde dicotômica e nominal, dificuldades nas atividades da vida diária, soma das dificuldades nas atividades da vida diária, doenças crônicas, soma de doenças crônicas, somatório das dificuldades de mobilidade, depressão, deficiência cognitiva	idade, grau de escolaridade, estado conjugal e número de filhos. renda monetária de não trabalho e número de bens de consumo do domicílio.

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
PEREZ (2005) Brasil	2143/S/A	horas de trabalho	idade, grau de escolaridade, estado civil e número de filhos, renda monetária de não trabalho e número de bens de consumo do domicílio, auto-percepção de saúde, atividades da Vida Diária	número de doenças antes dos 15 anos, residência no campo por mais de 5 anos antes dos 15 anos, tabagista, ex-tabagista, e o nível de consumo de álcool
ROLIM (2005) Brasil	37/N/A	qualidade de vida	prática de atividade física, auto-conceito	problemas ósseos, diabetes, hipertensão, uso de cigarro e bebidas
ROLIM e FORTI (2005) Brasil	37/N/A	Qualidade de vida	Tempo de prática de atividade física, locais de prática de atividade física, frequência da realização de atividades físicas, tipo de atividade física, motivos para a prática de atividade física , atividades de lazer.	Sexo, idade, anos de escolaridade, renda, ingestão de álcool, fumo, doenças crônicas, independência nas AVD, AIVD

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIAVEIS DE CONFUSÃO
ROSA e col. (2003) Brasil	1602/S/A	incapacidade funcional	hospitalizações, dificuldades visuais, dificuldades auditivas, reumatismo, asma, hipertensão arterial, varizes, diabetes, AVE, insônia, queda e saúde mental, fazer visitas, receber visitas, ir ao cinema, participar de obras de igreja, atividades físicas, auto-percepção da saúde e auto percepção da saúde comparada à de outras pessoas	Idade, renda, escolaridade, situação ocupacional, sexo, estado civil, local da residência, composição familiar, situação de propriedade do domicílio em que vive.
ROSS e DRENTEA (1998) Estados Unidos	2592/S/A	senso de controle pessoal/ stress	motivos para a aposentadoria, atividades engajadas e alienadas, trabalho remunerado, trabalho não remunerado, atividades autônomas, lazer, incapacidade nas atividades de vida diária.	desemprego por mais de 6 meses, estado ocupacional, casa própria, idade, raça, estado civil, escolaridade, incapacidade para o trabalho

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
SATARIANO e col. (2002) Estados Unidos	2092/S/A	atividades físicas de lazer	Arranjos domiciliares, Contatos sociais	estado socioeconômico, características da vizinhança, educação, exercício profissional atual, tabagismo, etilismo, voluntariado, equilíbrio, número de doenças crônicas, caminhar 10 metros, função cognitiva, depressão, idade, sexo
SCHWANEN e col. (2000) Holanda	480/S/A	viagens com automóvel próprio	atividades de lazer, engajamento em atividades de lazer, tipo de ocupação, tamanho da residência, nível de mobilidade, proprietário do carro	Renda, idade, sexo, escolaridade, estado ocupacional, estado civil, residência urbana/rural.
SHAW e JANEVIC (2004) Estados Unidos	1103/S/A	incapacidade funcional em AVD, AIVD, atividades de Nagi metade superior e metade inferior	Satisfação com o suporte antecipado e tipos de apoio: instrumental, emocional, financeiro	Idade, sexo, raça, estado civil, saúde física, número de condições crônicas

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIAVEIS DE CONFUSÃO
SHERMAN e REUBEN (1998) Estados Unidos	363/N/A	estado funcional	satisfação do paciente e eficácia percebida	depressão, variáveis socio-demográficas, quedas nos últimos seis meses ou prejuízo funcional AVD, função cognitiva
SILVA e col. (2006) Brasil	98/N/A	nível de atividade física	Presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), incapacidades funcionais (IF), nível insuficiente de atividade física habitual (NIAFH), auto-percepção negativa de saúde (APNS) e suspeitos de Síndrome Cerebral Orgânica (SCO);	variáveis sócio-demográficas

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
<p>SILVA (2005) Brasil</p>	<p>420/S/A</p>	<p>percepção do envelhecimento</p>	<p>Percepção de como as outras pessoas vêem os idosos; o que mais gostou de haver realizado na vida, a preocupação principal no momento, como vive o seu dia e como imagina o futuro; procedência: onde morava, lembranças do local onde morava; moradia atual: tempo de moradia, motivos da mudança, o que mais agrada, o que menos agrada; enfermidades e co-residência, tamanho da família; atividades sociais, atividade que gosta e que não gosta de desenvolver; amigos, quem proporciona ajuda, tipos de ajuda que solicita, a quem ajuda e o tipo de ajuda que oferece.</p>	<p>sexo, idade, naturalidade, escolaridade, estado civil e ocupação</p>
<p>SILVA e GÜNTHER (2000) Brasil</p>	<p>98/N/A</p>	<p>dependência AVD</p>	<p>sono e repouso; lazer e recreação; comunicação e uso de transportes</p>	<p>sem referência</p>

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo. 2009 (continuação)

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIAVEIS DE CONFUSÃO
SIMONSICK, e col. (2001) Estados Unidos	3075/S/A	incapacidade funcional, desempenho funcional	Desempenho auto-referido e demanda para tarefas. Permanecer sobre um pé só e caminhar, resistência da caminhada (distância percorrida em dois minutos e o tempo para caminhar 400 m).	Sexo, idade, escolaridade, renda, estado civil
SMITH e col. (1986) Estados Unidos	70/S/A	satisfação com a vida	características volitivas (importância, interesses e valores da atividade)	
SVIDEN e col. (2004) Suécia	24/N/A	Capacidade funcional	Auto-percepção da incapacidade física, auto-percepção da incapacidade social, doenças, dificuldades nas AVD, AIVD, atividades de lazer	Sexo, idade, escolaridade
VAROTO (2005) Brasil	55/N/A	serviços disponíveis para idosos com dependência	Moradia, cultura, lazer, esporte, educação e social; saúde, suporte/encaminhamento	sem referência
XAVIER e col. (2003) Brasil	77/S/A	qualidade de vida.	condições de saúde, estado emocional, religiosidade, capacidade funcional (AVD,AIVD).	sem referência

ANEXO II- Quadro comparativo dos estudos transversais, segundo país, ano e variáveis. São Paulo, São Paulo. 2009

AUTORES/ ANO/ PAÍS	AMOSTRA/ RANDOMIZ.	VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DE CONFUSÃO
ZAITUNE e col. (2007) Brasil	1600/S/A	lazer	Frequência de ingestão de bebida alcoólica, tabagismo, transtorno mental comum, número de morbidades crônicas referidas, auto-avaliação da saúde e índice de massa corporal (IMC = kg/m ²)	sexo, idade, cor, estado conjugal, condição de chefia na família, número de moradores no domicílio, naturalidade e religião; escolaridade, renda familiar, atividade ocupacional

ANEXO III - Terminologias equivalentes às AAVD. São Paulo. 2009

TERMINOLOGIA	DEFINIÇÃO
AIVD	Refere-se às atividades mais complexas das tarefas de vida diária que envolvem participação doméstica e comunitária. O termo instrumental vem do campo da psicologia, referindo-se ao comportamento desempenhado como meio de atingir uma meta mais distante. As AIVD também são conhecidas como AVD domésticas e comunitárias e atividades expandidas da vida diária. De uma perspectiva ocupacional, refere-se às atividades e interações mais complexas com os outros e com o ambiente. (FRICKE e UNSWORTH, 2001)
AIVD (atividades domésticas, recreativas, esportivas)	As AIVD envolvem atividades de alta complexidade para idosos, revelando que o indivíduo que a pratica com regularidade possivelmente tenha um nível de atividade aumentado, o que na maioria dos casos demonstra uma melhor qualidade de vida, pois envolve aspectos psicossociais. Dentre essas atividades, pode-se destacar a prática de exercícios físicos, dirigir o automóvel, tocar um instrumento musical e participar de serviços voluntários ou atividades políticas, podendo compreender que se tratam de tarefas dependentes da vontade, motivação, fatores culturais e educacionais individuais. Inclui <i>tarefas domésticas</i> , envolvem desde tarefas simples, como tirar um pó da mobília até tarefas exaustivas como esfregar o chão; <i>recreativas</i> são constituídas de tarefas realizadas de livre e espontânea vontade, sem que exista um tempo determinado para executá-las ou um objetivo a ser cumprido, são caracterizadas como atividades prazerosas, podendo ser tanto um baile de dança, bingo ou trabalhos manuais; <i>esportivas</i> , estas devem ser executadas para atingir o objetivo de melhora dos componentes físicos e funcionais, sendo programada de acordo com a individualidade biológica, mas também com a preferência do indivíduo. (KRAUSE, 2006)

ANEXO III - Terminologias equivalentes às AAVD. São Paulo. 2009 (continuação)

TERMINOLOGIA	DEFINIÇÃO
Atividade social/ atividades regenerativas/ produtoras e consumidoras	Atividade social informal (com amigos, parentes e vizinhos), atividade social formal (por exemplo, participação em associações voluntárias), e atividade solitária. Participação social designa tanto o tempo gasto na interação social como o tempo gasto na presença dos outros. Atividades regenerativas têm de ser efetuadas por necessidade fisiológica (por exemplo, a higiene pessoal, comer e descansar). Atividades discricionárias podem ser realizadas de acordo com capacidades individuais e preferências. Estas são subdivididas em atividades produtivas e consumidoras. Atividade social é considerada parte das atividades consumidoras. Envolve categorias heterogêneas de atividades, que não são previsíveis, tais como conversas, visitas, conversas telefônicas e outros tipos de interação social. Na realização das atividades estão envolvidos quatro contextos: (1) estar sozinho (2), estar com seu cônjuge, (3) estar com os familiares, e (4) estar com amigos. (MAIER e KLUMB, 2005)
Atividades de auto-cuidado, atividades instrumentais e autotéticas.	Atividades de auto-cuidado, atividades instrumentais – tais como fazer compras e trabalho, desempenhados predominantemente devido aos seus resultados e atividades autotéticas, tais como ler ou assistir televisão, desempenhada predominantemente para a auto-satisfação. (KLUMB e BALTES, 1999)
Atividades físicas sociais, atividades produtivas	As atividades físicas, sociais e a participação nas atividades produtivas têm um impacto positivo na sobrevivência e na qualidade de vida dos idosos, sobretudo por viabilizar maior suporte e convívio social. (GIATTI e BARRETO, 2002)

ANEXO III - Terminologias equivalentes às AAVD. São Paulo. 2009 (continuação)

<p>Atividades com alta demanda física, atividades sócio-recreativas.</p>	<p>Atividades com alta demanda física: manutenção do lar – pintura, tampar goteiras, tarefas de marcenaria, martelar, pequenos reparos de encanamento, desentupir o banheiro, remendar a calçada, fazer reparos na casa ou ao seu redor, eletricidade, lavar as roupas, lavar/cuidar do carro, trabalho no quintal, remover a neve, cortar a grama, podar as plantas, cortar madeira, jardinagem, levantar objetos, subir escadas, escalar paredes, andar a pé longas distâncias. Atividades sócio-recreativas: Sair, Comer fora, Ir ao cinema, Indo para cassinos/jogos, Ir aos eventos de clubes, sair para jogar baralho, ir a um centro de idosos, divertir hóspedes em casa, dançar, Esportes / exercícios: golfe, patinação no gelo, natação, Atirar uma bola, Jogos na piscina, saltos, boxe, vôlei, basquete, equitação, Tênis, Atividades de alta demanda física: Futebol, Beisebol, Softbol, Andar a pé, Correr/ jogging, Recreação ao ar livre: Pesca, Caça, Mochila, Canoagem, boating, Viajar. Passatempos: modelar argila, escultura, pintura, tocar algum instrumento, trabalhos manuais, ler livros/jornais, revistas, ouvir música. Atividades instrumentais de vida diária: utilizar uma condução, entrar e sair do carro, fazer compras, cozinhar, limpar a casa, aspiração, esfregar paredes, lavar pisos, lavar louça, lavar roupas. Atividades básicas da vida diária: Andar a pé distâncias curtas, usar uma gravata ou arrumar-se, calçar sapatos, Amarrar sapatos, colocar uma camisa, colocar em um cinto, pentear os cabelos, tomar banhos, secar-se, sair de uma cadeira, uso do toalete, controle da urina/fezes. Atividades básicas metade superior: Agarrar objetos, transportar coisas com as mãos, usar o computador, digitar, usar uma chave de fenda, abrir garrafas, escrita, abrir a porta, preensão, pinça. Atividades sexuais, Atividades no local de trabalho: Inclinar-se, permanecer em pé, ajoelhar-se, pegar objetos do chão. (SOUZA e col.,2006)</p>
---	---

ANEXO III - Terminologias equivalentes às AAVD. São Paulo. 2009 (continuação)

TERMINOLOGIA	DEFINIÇÃO
<p>Atividades produtivas, atividades obrigatórias, recreativas (ativas e passivas)</p>	<p>Atividades produtivas incluem atividades como cuidado de crianças e trabalho voluntário. Atividades obrigatórias são atividades de auto-manutenção e atividades instrumentais de vida diária e atividades recreativas são atividades sociais e de lazer. Tipos de atividades recreativas: ativas, passivas, externas na comunidade e inatividade. Atividades ativas são compostas das seguintes atividades: tempo gasto em atividades recreativas, hobbies, socialização com amigos, caminhadas e outros exercícios. Atividades passivas: quantidade de tempo ouvindo rádio, lendo, assistindo TV e sentando e pensando. Inatividade: tempo gasto sem fazer nada. Atividades externas na comunidade são o número de tipos diferentes de atividades na comunidade, incluindo ir ao teatro, igreja ou sinagoga, biblioteca, mercado, visita a um amigo ou parente, restaurante, centro de idosos e centro recreativo comunitário. (JENKINS e col., 2002)</p>
<p>Atividades produtivas, sociais e de lazer</p>	<p>Atividades produtivas (atividades que geram bens ou serviços com valor econômico): (a) trabalhar no quintal ou jardim; (b) preparar refeições; (c) sair para fazer compras; (d) trabalho comunitário não pago e voluntariado, (e) trabalho comunitário pago e (f) emprego em tempo integral ou meio período. Outras cinco atividades foram definidas como atividades sociais ou lazer: (a) ir ao cinema, restaurante, ou evento esportivo, (b) sair para viajar um dia ou pernoitar, (c) jogar cartas, jogos ou bingo, (d) freqüentar serviços religiosos e (e) participar de grupos sociais e comunitários. Índice de atividade física pela combinação da participação em esportes ativos e natação, caminhar e exercício físico. (GLASS e col., 2006)</p>

ANEXO III - Terminologias equivalentes às AAVD. São Paulo. 2009 (continuação)

TERMINOLOGIA	DEFINIÇÃO
Atividades regenerativas, atividades discricionárias (produtivas e consumidoras)	Atividades regenerativas são desempenhadas por necessidades fisiológicas (auto-manutenção, sono). Atividades discricionárias são motivadas por escolhas baseadas em habilidades individuais e preferências. Estas podem ser subdivididas em atividades discricionárias, arbitrarias. Neste caso, podem ser produtivas ou consumidoras. Se uma atividade é desempenhada predominantemente por causa de seus resultados e pode ser delegada a uma terceira pessoa sem perder o benefício (trabalho voluntário, cuidar de parentes, trabalho de casa, trabalho remunerado e fazer compras, executar serviços, jardinagem, ajudar outros. Em contraste, se uma atividade é desempenhada primariamente para o seu benefício próprio e não pode ser delegada a um terceiro sem perder os benefícios, ela é consumidora (atividades de lazer, tais como freqüentar cursos ou desempenhar esportes) : atividades relacionadas à saúde (consultas médicas), locomoção (caminhar, dirigir), ler, interação social, assistir televisão ou ouvir rádio, músicas. (KLUMB e MAIER, 2007)
Atividades sociais, físicas e produtivas	Atividades sociais: Freqüentar igreja; cinema, restaurantes, eventos esportivos; viajar pernoitando pelo menos 1 dia; jogar cartas, jogos, bingo; participação em grupos sociais; Atividades físicas: esportes ativos ou natação, caminhada, exercício físico; Atividades produtivas: jardinagem, preparar refeições, fazer compras, voluntariado, trabalho remunerado, outros trabalhos remunerados. (GLASS e col., 1999)

ANEXO III- Terminologias equivalentes às AAVD. São Paulo. 2009 (continuação)

<p>Engajamento com a vida, atividades instrumentais (produtivas), atividades de lazer com alta demanda física, atividades de lazer com pouca demanda física</p>	<p>Engajamento com a vida inclui atividades e suporte social. Atividades instrumentais são algumas vezes chamadas de atividades produtivas são associadas com melhor saúde e função. Atividades de lazer com demandas físicas estão associadas à saúde e bem-estar. Atividades de lazer com pouca demanda física também estão associadas ao funcionamento e sobrevivência. (EVERARD e col., 2000)</p>
<p>Atividades regenerativas, produtivas e consumidoras.</p>	<p>Atividades produtivas e de consumo permanecem centrais para a vida cotidiana no envelhecimento. O pressuposto básico dos modelos microeconômicos de utilização do tempo é que a perda do tempo de lazer que implica em trabalho tem de ser compensada materialmente Se uma atividade é realizada predominantemente para os seus resultados e pode, portanto, ser delegada a um terceiro sem perda de qualquer efeito benéfico (por exemplo, fazer lavanderia, limpeza, executar tarefas), então é produtiva. Em contrapartida, se uma atividade é desenvolvida principalmente para seu próprio bem e não pode, portanto, ser delegada a terceiros, sem perda de benefícios (por exemplo, encontro com amigos, ler um romance, ver televisão), então é consumidora. Existem duas explicações psicossociais importantes dos benefícios do envolvimento nestas atividades. A primeira enfatiza que as oportunidades de aprendizagem e uso de habilidades, desde que o indivíduo tenha as competências necessárias e seja capaz de exercer controle, conduzem ao prazer e bem-estar físico e mental. A outra explicação centra-se na participação em atividades sociais, com a criação de um sentimento de pertença e de proximidade emocional, com conseqüente efeito sobre bem estar. (KLUMB, 2004)</p>

ANEXO III - Terminologias equivalentes às AAVD. São Paulo. 2009 (continuação)

TERMINOLOGIA	DEFINIÇÃO
<p>Engajamento com a vida, atividades sociais, produtivas e de lazer</p>	<p>Engajamento com a vida é definido como participação em atividades de vida social, lazer e produtivas. O engajamento em atividades sociais e produtivas, muitas vezes dentro do contexto de amizade, parentesco, participação e de organização, é uma componente-chave na promoção da saúde e reduzir o risco de mortalidade em fases posteriores da vida. Envolve trabalho voluntário, contato social, atividades religiosas, e atividades sociais. As atividades de lazer são divididas em: atividades sócio-afetivas: visitar amigos e parentes e ser visitado por amigos e parentes. Atividades sócio-culturais: Ir ao cinema, teatros, concertos, museus, comer fora em restaurantes e participar em grupos de estudo. Atividades individuais sedentárias: leitura de livros, ler jornais, e solucionar passatempos cognitivos, como palavras cruzadas, quebra-cabeças. Atividades ativas solitárias: trabalhar no jardim e envolver-se em passatempos ativos, como esportes. (LENNARTSSON e SILVERSTEIN, 2001)</p>
<p>Trabalho remunerado, passatempos ativos, atividades passivas</p>	<p>Trabalho remunerado, trabalho doméstico – incluindo cozinhar, lavar, jardinagem, compras. Atividades ativas-cuidados de crianças, trabalho voluntário (incluindo envolvimento cívico), atividades religiosas, esportes e ginástica (incluindo caminhada, atividades sociais, outras atividades externas de lazer, educação e leitura, hobbies). Atividades passivas – assistir televisão, outras atividades de lazer passivas – incluindo ouvir rádio, músicas e relaxar, atividades pessoais de auto-cuidado: incluindo dormir, banhar-se e comer. (GAUTHIER e SMEEDING, 2003)</p>
<p>ATIVIDADES EXPANDIDAS DE VIDA DIÁRIA</p>	<p>atividades expandidas (atividades Instrumentais e avançadas de Vida Diária – AIVD e AAVD). (NIKOLAUS, 2001)</p>

ANEXO III - Terminologias equivalentes às AAVD. São Paulo. 2009 (continuação)

TERMINOLOGIA	DEFINIÇÃO
ATIVIDADES ENGAJADORAS	Atividades engajadoras não são rotineiras, autônomas, cheias de significado e socialmente integrativas. Incluem fazer diferentes coisas de diferentes modos e resolver problemas. Atividades autônomas aliam a autonomia de tomada de decisão e liberdade de supervisão. Atividades cheias de significado são agradáveis e dão às pessoas a chance de aprendizagem e desenvolvimento. Atividades integrativas provêm interação social positiva. (ROSS e DRENTEA, 1998)
ATIVIDADES SOCIAIS	Atividades sociais compreendem atividades que são desempenhadas em interação direta com outros. Um importante benefício das atividades sociais é que podem ser desempenhadas por idosos a despeito das limitações físicas que podem restringir outras atividades. O engajamento em atividades sociais pode contribuir com para a continuidade do senso de competência de uma pessoa de um modo peculiar, não conseguido através de outros tipos de atividades. (HOPPMAN e col., 2008)
ATIVIDADES SOCIAIS	Atividades sociais são ligadas à execução de papéis sociais, como ocupação, pais e avós, estudantes e estudantes. Atividades sociais incluem freqüentar a igreja e outras atividades grupais, socialização com amigos e parentes. (JETTE, 2004)
ENGAJAMENTO CÍVICO	Participação remunerada ou voluntária em uma atividade que ocorre dentro de uma organização que tenha uma relação direta e impacto na comunidade local (KASKIE e col., 2008).
ENGAJAMENTO CÍVICO	Engajamento familiar, sucesso ocupacional e envolvimento cívico estão relacionados à literatura sociológica sobre papéis e identidade, Membros familiares, trabalhadores e membros de organização são papéis adultos. (CROSNOE e ELDER, 2002).

ANEXO III - Terminologias equivalentes às AAVD. São Paulo. 2009 (continuação)

TERMINOLOGIA	DEFINIÇÃO
ENGAJAMENTO SOCIAL	Funcionamento social ou engajamento social (grau de participação em atividades sociais). Este depende de vários fatores, incluindo arranjos de vida, estado ocupacional, composição da vizinhança, ambiente físico, auto-percepção de saúde, saúde física e mental dos participantes. (GOODWIN, 2004).
PARTICIPAÇÃO SOCIAL	Produtivas: qualquer atividade que produz bens ou serviços, paga ou não. Contém três domínios: trabalho remunerado (regular e irregular), trabalho não remunerado no lar (trabalho de casa, cuidado de crianças, manutenção do lar), assistência não remunerada a outros (cuidado informal a amigos, parentes, vizinhos ou trabalho voluntário formal ou organizacional). Participação social contém atividades relacionadas ao gasto do tempo, dinheiro, esforço ou qualquer participação com familiares, vizinhos, grupos sociais ou com o público. As atividades de lazer não são baseadas em obrigação de trabalho, família e sociedade, mas um comportamento proposital, tais como ler jornal ou livros, ouvir rádio ou assistir TV, ou envolver-se com esportes ou hobbies. A definição de participação social é a integração de atividade produtiva e participação em grupo social regular, com a atividade de lazer excluída. (HSU, 2007)
ATIVIDADES SOCIAIS, DIVERSIDADE DA REDE SOCIAL, HOMOGENEIDADE DA REDE SOCIAL, DENSIDADE DA REDE SOCIAL.	As atividades sociais compreendem votar, receber cuidados médicos, entreter parentes e amigos, e participar em organizações voluntárias. Diversidade representa o número total de papéis (ou seja, parentes, amigos, vizinhos, antigos colegas de trabalho, colegas organização voluntária membros) encontrados na rede. Homogeneidade é representada pela percentagem de pessoas que partilham uma característica especial com o inquirido. Densidade representa o grau em que os membros da rede estão familiarizados. (MCINTOSH e col., 2002)

ANEXO IV - Termos e definições do domínio "social". São Paulo. 2009

TERMINOLOGIA	DEFINIÇÃO
ENGAJAMENTO SOCIAL	Engajamento social é entendido como atividades sociais e produtivas. Frequência do desempenho de 11 atividades comuns, incluindo 6 atividades definidas como produtivas (atividades que geram bens ou serviços com valor econômico): (a) trabalhar no quintal ou jardim; (b) preparar refeições; (c) sair para fazer compras; (d) trabalho comunitário não pago e voluntariado, (e) trabalho comunitário pago e (f) emprego em tempo integral ou meio período. Outras cinco atividades foram definidas como atividades sociais ou lazer: (a) ir ao cinema, restaurante, ou evento esportivo, (b) sair para viajar um dia ou pernoitar, (c) jogar cartas, jogos ou bingo, (d) freqüentar serviços religiosos e (e) participar de grupos sociais e comunitários. Índice de atividade física pela combinação da participação em esportes ativos e natação, caminhar e exercício físico. (MENDES DE LEON e col., 2003)
ENGAJAMENTO SOCIAL, PARTICIPAÇÃO SOCIAL	Participação social, ou engajamento social representa um engajamento ativo, ainda que individual ou simbólico, com o mundo social e implica em escolhas de participação. (BENNET, 2002)
FUNÇÃO SOCIAL	A função social relaciona-se com a interação social de cada indivíduo e com o seu papel na sociedade, estando, também, relacionada com as AIVD (CAEIRO e SILVA, 2008).
ENGAJAMENTO CÍVICO	Engajamento cívico é usado para se referir às conexões das pessoas com a vida de sua comunidade, não apenas com a política (Lopes A, 2006)
ATIVIDADES SOCIAIS	Atividades sociais, incluídas no estilo de vida. (DEMURA e SATO, 2003)

ANEXO IV - Termos e definições do domínio "social". São Paulo. 2009 (continuação)

TERMINOLOGIA	DEFINIÇÃO
FUNCIONAMENTO SOCIAL	Funcionamento social é um conceito que abrange diferentes aspectos, tais como relacionamento social, comportamento social, e atividades sociais. Quando é feita referência ao amplo conceito de funcionamento social, é geralmente relacionada com participação social, rede social, social, suporte social, recursos sociais, relações sociais (PINSONNAULT e col., 2008)
HÁBITOS DE VIDA	Hábitos de vida: atividades diárias e papéis sociais que garantam a sobrevivência e o desenvolvimento de uma pessoa na sociedade em toda a sua vida, agrupados em 12 categorias: nutrição, responsabilidade, atividade física, relações interpessoais, cuidado pessoal, vida comunitária, comunicação, educação, serviço doméstico, trabalho, mobilidade, recreação. (NOREAU e col., 2004)
PARTICIPAÇÃO SOCIAL	A estrutura das relações sociais é definida como os indivíduos com os quais se tem um relacionamento e ligação entre estes indivíduos. É geralmente estudada em termos do número de relações sociais, a frequência em que vêem outras pessoas, a diversidade de relações sociais e a reciprocidade das relações sociais. A função das relações sociais é definida como as interações interpessoais dentro de uma estrutura de relações sociais. Participação social indica um efeito protetor da capacidade funcional. (LEE, 2000).
REDE SOCIAL	Rede social é uma medida composta que combina os maiores componentes de envolvimento interpessoal. Reflete aspectos interativos e estruturais das relações sociais. Aspectos estruturais medem o tamanho da rede e a estruturação de papéis, tais como rede familiares, amigos, vizinhos, tarefas com diferentes graus de eficiência. Aspectos interativos da rede incluem frequência de contatos de vários tipos. (LITWIN, 2003)

ANEXO V - Termos e definições do domínio "lazer". São Paulo. 2009

TERMO	DEFINIÇÃO
ATIVIDADES RECREATIVAS	Assistir TV, ouvir música, andar a pé, conversar com a família, conversar com os vizinhos, comer refeições, ler livros, brincar/cuidar de animais, cantar, relaxar em casa, jardinagem, trabalho, viajar, pescar, freqüentar balneário, jogar, exercício físico, freqüentar clube para adultos mais velhos. (ONISHI e col., 2006)
LAZER	Oposto do trabalho (MANSVELT, 1997)
LAZER	AVD complexa (SILVA e col., 2006)
LAZER	Assistir TV, ler o jornal, ouvir rádio, revistas, viajar, jardinagem e cuidar de animais. (PASKULIN e MOLZAHN, 2007)
LAZER	Atividades de lazer são divididas em categorias: intelectual, física, social, produtiva e recreacional. (WRANG e col., 2002)
LAZER	O lazer pode ser meio de desenvolvimento da liberdade, autonomia e liberação. É dividido em: - <u>atividades físicas</u> : desenvolvidas em espaços técnicos ou informais . São atividades com grande caráter associativo, geralmente realizadas em grupos.- <u>atividades manuais</u> : ligadas ao prazer de manipular, podem ser elementos da natureza ou artificiais, geralmente envolvendo habilidades de coordenação motora fina.- <u>atividades artísticas</u> : ligadas à cultura popular ou erudita.- <u>atividades associativas</u> : ligadas ao contato com a rede social de suporte. São as chamadas atividades sociais.- <u>atividades intelectuais</u> : ligadas à aprendizagem e ao conhecimento.- <u>atividades turísticas</u> : ligadas ao conhecimento de novos lugares, contemplação da paisagem, estilo de vida, descanso. São funções do lazer : descanso- visando reparar desgastes físicos e mentais; recreação, divertimento e entretenimento – aliviar o tédio e lidar com frustrações; desenvolvimento pessoal - criação de novas formas de lazer e de aprendizagem. (SOUZA, 2007)

ANEXO V - Termos e definições do domínio "lazer". São Paulo. 2009 (continuação)

TERMO	DEFINIÇÃO
LAZER	Lazer como "veículo" e "objeto" de educação e, abrangendo não apenas o descanso e o divertimento, mas o desenvolvimento humano nos âmbitos pessoal e social. (GÁSPARI e SCHWARTZ, 2005)
LAZER	Atividades de lazer, subdivididas em categorias de necessidade: auto-expressão, de companheirismo, alimentação, remuneração, segurança, serviço aos outros, função intelectual e solidão. (GARCÍA-MARTÍN e col., 2004)
LAZER	Atividades de lazer podem ser definidas como um conjunto de ações que visem relaxamento, entretenimento e auto-percepção da personalidade. Estes são realizadas no tempo livre, vez que não é ocupada por profissional, familiar ou social envolvimento. Contudo, é necessário distinguir entre o tempo de lazer dessas atividades são de caráter desinteressado, daqueles que são de caráter misto, isto é, representam apenas uma semi-entretenimento ou semi-obrigação, como atividades religiosas ou sociais, que satisfaçam certas necessidades pessoais, e, ao mesmo tempo correspondam a algumas obrigações sociais e éticas. (MAURO e col., 2001)
LAZER	Sobre o lazer é possível afirmar que se refere à "atividade, aparte das obrigações de trabalho, familiares e sociais; para a qual o indivíduo se volta com a intenção de relaxamento, diversão ou desenvolvimento de sua participação social e livre exercício de sua capacidade criadora" (Dumazedier, 1967, p.16-17 apud Almeida MHM, 2003). Lazer: assistir a televisão, bordar, caminhar, cantar, conversar com amigos/companheiro, cuidar de pequenos animais, dançar, fazer crochê, fazer orações, fazer pequenos consertos em casa, fazer tricô, fazer visitas, freqüentar salão de beleza, ir à missa ou reunião religiosa, ir ao cinema/teatro, jogar (jogos de salão), leituras, ouvir música/rádio, participar de cursos (alfabetização, idiomas, outros), participar de grupos, pintar, praticar esporte, sair com amigos, viajar, outras. (ALMEIDA, 2003)

ANEXO V. Termos e definições do domínio "lazer". São Paulo. 2009 (continuação)

TERMO	DEFINIÇÃO
RECREAÇÃO	Recreação compreende as atividades de distração de significado individual e social. (SANTOS e col., 2002)
REPERTÓRIO DE LAZER	O repertório de lazer foi definido como uma coleção de atividades de lazer que a pessoa considera significativas e se engaja. (NILSSON, 2006).
TEMPO LIVRE	Tempo livre: tempo não dedicado ao trabalho remunerado, envolve atividades junto ao agregado familiar e manutenção, cuidados pessoais, ou sono e descanso. Os sete tipos de atividades de tempo livre são: lazer passivo (tais como a televisão e visitas); lazer ativo (camping, boliche, e similares); arte amadora e atividade artesanal; participação em artes (como consumidor de qualquer atividade artística, tais como visitas a museus, concertos, ou assistir a campeonatos, atividade folclórica (qualquer atividade étnica comunitária); vida social informal (festas, conversas e similares); e participação social organizada (voluntária formal, atividades fraternas, políticas e religiosas). (PETERSON, 1984)
LAZER	NILSON e FISHER (2006) utilizaram o termo "lazer" para denominar as atividades sócio-recreativas. Construíram uma escala de avaliação do real desempenho dessas com base em índices de motivação e percepção do bem-estar ao fazê-las. Os autores criticam a abordagem ordinal, com base no tempo ou frequência das atividades, por não mencionar fatores subjetivos contidos no desempenho.
LAZER	Atividades de lazer são realizadas por prazer e contém um amplo intervalo de atividades, determinadas parcialmente pela cultura, incluindo atividades físicas e sociais, assim como atividades cognitivas, tais como assistir televisão, ler e resolver palavras cruzadas. (WERGREN-ELGSTRÖM e col., 2006)
LAZER	DUPUIS e SMALE (2000) utilizando o mesmo termo (lazer), classificaram as atividades em: passivas (hobbies e atividades manuais), físicas (caminhar e nadar), sociais (visitar amigos e freqüentar instituições sociais).

ANEXO VI - Termos e definições do domínio “trabalho”. São Paulo. 2009 (continuação)

TERMO	DEFINIÇÃO
ATIVIDADES PRODUTIVAS	Atividades produtivas: atividade doméstica (manutenção do lar e trabalhos domésticos), tarefas do ambiente, jardinagem, trabalho remunerado (formal e informal), e ajudar os outros (incluindo cuidados formais, cuidar de crianças e voluntariado). Atividades produtivas no envelhecimento são caracterizadas por complementaridade ou concorrência quanto a compromissos de tempo e oportunidades e, em menor grau, se o participante as caracteriza como discricionária ou obrigatória. (BURR e col., 2007)
ATIVIDADES PRODUTIVAS	Engloba a existência de atividade significativa e satisfatória em que o idoso está envolvido de forma estruturada e continuada e que tem um impacto positivo na sua vida. (GONÇALVES e col., 2006)
ATIVIDADES PRODUTIVAS	Atividades produtivas envolvem estratégias de manutenção da vida comunitária e social, incluindo atividades domésticas, cuidado de membros familiares, casa e jardim e trabalho remunerado. (WERGREN-ELGSTRÖM e col., 2006)
TRABALHO	O trabalho compreende todas as atividades produtivas, remuneradas ou não. O produto do trabalho pode ser um serviço, uma comodidade e até mesmo novas habilidades, idéias, conhecimentos, que mantêm a sociedade e a faz avançar. O trabalho é geralmente considerado importante, reconhecido pelo ambiente social e fonte de identidade. Estudo, tarefas domésticas e voluntariado também devem ser considerados como trabalho (KIELHOFNER 1998 apud ALMEIDA, 2003). Trabalho: remunerado, trabalho informal, cargo técnico ou administrativo/profissão liberal, lavrador, empregada doméstica, operário, outro. Trabalho não remunerado: voluntário, dona de casa. (ALMEIDA, 2003)

ANEXO VI - Termos e definições do domínio "trabalho". São Paulo. 2009 (continuação)

<p>TRABALHO, TRABALHO NÃO PAGO VOLUNTARIADO</p>	<p>Trabalho é atividade recompensada materialmente com remuneração e contribuição para a sociedade produtiva, pois envolve perda do tempo de lazer. Trabalho não remunerado, tal como atividades voluntárias, manutenção da casa ou cuidado da família. Estas não são incluídas nas estatísticas da produtividade nacional. As atividades produtivas contribuem para bens, serviços e valores. Uma atividade é produtiva se é desempenhada predominantemente pelos seus resultados e pode ser delegada a um terceiro sem prejuízo dos seus benefícios. Outra classificação possível das atividades produtivas é: trabalho remunerado, trabalho não remunerado e regenerativo. (KLUMB e PERREZ, 2004)</p>
<p>TRABALHO E VOLUNTARIADO</p>	<p>A medida de integração social do idoso é sua participação em atividades produtivas, tais como trabalho e voluntariado, que provêem oportunidades de interação com outras pessoas. (CHOI e BOHMAN, 2007)</p>
<p>TRABALHO REMUNERADO, ATIVIDADES NÃO REMUNERADAS.</p>	<p>Considerou-se trabalho remunerado como a principal atividade das pessoas que trabalhavam 20 horas ou mais por semana e atividades não remuneradas o trabalho de casa, o cuidado de crianças, cuidar de algum doente, voluntariado, jardinagem, reparos domésticos, procurar emprego, trabalho escolar e atividades de lazer. (ROSS e DRENTEA, 1998)</p>

ANEXO VII – Questionários (CD-rom)

CDR 564/09

CDR - 564



11800014498



Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

Graduada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP (1982), Mestrado (1996) e Doutorado (2001) em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (2001) ambos na área de Gerontologia. Pós Doutorado(2005) em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da USP com estágio na University of Texas Medical Branch. Atualmente é professora livre-docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Geriatria e Gerontologia, atuando principalmente nos seguintes temas: idosos, assistência domiciliar, envelhecimento, gerontologia, família e cuidador. Foi responsável pela criação do primeiro curso de Graduação em Gerontologia do país localizado na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP. É investigadora principal do Estudo SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento, estudo multicentrico coordenado inicialmente pela Organização Pan-Americana de Saúde, hoje um estudo longitudinal sobre as condições de vida e saúde dos idosos no Município de São Paulo. Coordena o Estudo sobre "Indicadores de fragilidade em idosos em velhice avançada". É, também, co-líder do Grupo de Pesquisa "Saúde Pública e Envelhecimento". Coordena um Programa de Orientação de Cuidadores de Pessoas Idosas e de Formadores de Cuidadores desenvolvido pela EEUSP.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 04/06/2009

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/4648711010185688>



Certificado
pelo autor em
04/06/09

Links para Outras Bases:

Diretório de grupos de
pesquisa

SciELO - artigos em texto
completo

Dados pessoais


Nome Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

Nome em citações bibliográficas DUARTE, Y. A. O.

Sexo Feminino

Endereço profissional Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 3o. andar - Sala 318 Cerqueira Cesar 05403-000 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617544 Ramal: 7500 Fax: (11) 30617546
URL da Homepage: <http://www.ee.usp.br>

Formação acadêmica/Titulação

- 2005** Livre-docência.
Escola de Enfermagem da Usp.
Título: Envelhecimento, funcionalidade e arranjos domiciliares na América Latina e Caribe, *Ano de obtenção:* 2005.
Palavras-chave: envelhecimento; funcionalidade; arranjos domiciliares; Estudo SABE.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Gerontologia / *Especialidade:* Gerontologia.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Epidemiologia / *Especialidade:* Gerontologia.
Setores de atividade: Políticas, planejamento e gestão em saúde; Cuidado à saúde das populações humanas.
- 2004 - 2005** Pós-Doutorado .
Faculdade de Saúde Pública da Usp.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Gerontologia.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Enfermagem / *Subárea:* Enfermagem de Saúde Pública / *Especialidade:* Epidemiologia.
- 1997 - 2001** Doutorado em Enfermagem .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Família: recurso terapêutico ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares", *Ano de Obtenção:* 2001.
Orientador:  Tamara Iwanow Cianciarullo.
Palavras-chave: família; idosos; cuidadores; Avaliação de Famílias; Rede de suporte Social.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Enfermagem / *Subárea:* Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Enfermagem / *Subárea:* Enfermagem Médico-Cirúrgica / *Especialidade:* Geriatria e Gerontologia.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Enfermagem / *Subárea:* Enfermagem Médico-Cirúrgica / *Especialidade:* Assistência Domiciliar.
Setores de atividade: Saúde humana.
- 1994 - 1996** Mestrado em Enfermagem .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: O idoso e o processo de envelhecimento sob a ótica do próprio idoso e de estudantes de enfermagem, *Ano de Obtenção:* 1996.
Orientador: Maria Coeli Campedelli.
Palavras-chave: idosos; processo de envelhecimento; ensino de enfermagem.

Eliane Golfieri Dias

Links para
Outras Bases:
Diretório de grupos de
pesquisa 

possui Graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade de São Paulo (2002). Atualmente é supervisor de estágio da especialização em Gerontologia: aprimoramento em Serviço da Universidade Federal de São Paulo e terapeuta ocupacional da Prefeitura do Município de São Paulo.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 27/10/2006

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/7151597105609396>



Dados pessoais

Nome Eliane Golfieri Dias

Nome em citações
bibliográficas DIAS, E. G.

Sexo Feminino

Formação acadêmica/Titulação

- 2004 - 2005** Especialização em Terapia da Mão . (Carga Horária: 360h).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: A motivação em reabilitação física.
Orientador: Erica Juliboni.
- 2003 - 2004** Especialização em Gerontologia: aperfeiçoamento em serviço . (Carga Horária: 1910h).
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.
Título: A efetividade da estimulação funcional das habilidades cognitivas em idosos com queixas cognitivas leves.
Orientador: Luiz Roberto Ramos.
Bolsista do(a): Fundação de Amparo ao pesquisador, FUNDAP, Brasil.
- 1999 - 2002** Graduação em Terapia ocupacional .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Panorama sobre o Uso da Comunicação Altemativa e/ou Ampliada por terapeutas ocupacionais na realidade brasileira.
Orientador: Eucenir Fredini Rocha.

Atuação profissional

Prefeitura do Município de São Paulo, PMSP, Brasil.

Vínculo institucional

2004 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Terapeuta Ocupacional, Carga horária: 30

Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.

Vínculo institucional

2004 - Atual Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Supervisor de Estágio de Especialização, Carga horária: 8

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, HCFMUSP, Brasil.

Vínculo institucional

2005 - 2005 Vínculo: Estagio Voluntário- 300 horas, Enquadramento Funcional: estagiário no Setor de Terapia Ocupacional, Carga horária: 12

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional

2002 - 2002 Vínculo: estágio voluntário - 93 horas, Enquadramento Funcional: Estagiário na Disciplina de Cirurgia Plástica, Carga horaria: 20

Fundação Zerbini, FZ, Brasil.

Vínculo institucional