

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

THAÍS RAMOS PEREIRA VENDRUSCOLO

**Qualidade de vida, independência funcional e sintomas  
depressivos de idosos que vivem no domicílio.**

Ribeirão Preto  
2012

THAÍS RAMOS PEREIRA VENDRUSCOLO

**Qualidade de vida, independência funcional e sintomas depressivos de idosos que vivem no domicílio.**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Saúde do Idoso

Orientadora: Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Ribeirão Preto  
2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Vendruscolo, Thaís Ramos Pereira

Qualidade de vida, independência funcional e sintomas depressivos de idosos que vivem no domicílio. Ribeirão Preto, 2012.

95 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Rosalina Aparecida Partezani Rodrigu

1. idoso. 2. qualidade de vida. 3.independência funcional.  
4.sintomas depressivos. 5.comunidade.

VENDRUSCOLO, Thaís Ramos Pereira

Qualidade de vida, independência funcional e sintomas depressivos de idosos que vivem no domicílio

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Aprovado em        /        /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **Dedicatória**

Aos meus pais Maurício e Léo  
pelo grande incentivo, força, sabedoria e  
sempre presente em todos os momentos  
dessa caminhada.

## AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida e inúmeras oportunidades que colocou no meu caminho para meu crescimento e desenvolvimento;

À Profa Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues pelos ensinamentos, apoio, paciência e dedicação que tanto contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional;

Ao Prof. Vanderlei Hass pelo auxílio e disposição em nos ajudar nas análises estatísticas e pelas inúmeras contribuições no trabalho;

À Profa Luciana Kusumota pelo profissionalismo, sugestões e contribuições no trabalho;

À Profa Dra Rosana Ap. S. Dantas pela grande contribuição na qualificação do trabalho;

À Profa Sueli Marques pelo grande exemplo de profissionalismo;

À minha amiga Edma pela incansável ajuda e sempre disposta e solícita;

Aos meus avós Lourdes e Vicente, Pedro, tios- avós: Rosa e Sebastião, Amélia, Maria: a minha sincera admiração, respeito;

Aos meus irmãos: Thiago e Cíntia pelo grande incentivo;

As minhas Tias: Cida, Marcília, Marilda, obrigada pelo apoio incondicional;

Aos meus primos: Dani, Ciléia, Fernando e Carlos pelo grande apoio sempre;

Aos amigos da família: Lenir e Adriano, Tia Cidinha, obrigada pelo carinho;

Às minhas amigas: Mariângela, Amanda, Aline, Giselle, Heliz, Ana, Olga, Dani Preta, Evilângela e tantas outras, minha desculpa pela ausência;

Aos meus amigos do grupo NUPEGG: Roberto, Emanuella, Cibele, Suzele, Aline, Luana, Idiane, Evilângela, exemplo de, amizade, união e compromisso com a pesquisa.

Ao meu namorado William pelo incentivo, paciência e grande ajuda na finalização do trabalho;

À minha amiga Marina pela grande ajuda no trabalho;

À Flávia pela ajuda estatística no trabalho;

Aos idosos do Grupo Nova Idade a minha admiração;

À todos os idosos que contribuíram para que esse trabalho fosse concretizado;

Às minhas amigas de trabalho do HEAB: Letícia, Ludmila, Rosilene, Tauana, Giselle, Ligia e tantas outras que fizeram parte do grupo, obrigada por proporcionarem tantos momentos de alegrias e cumplicidade;

À Capes pelo apoio financeiro.

## RESUMO

VENDRUSCOLO, T. R. P. **Qualidade de Vida, independência funcional e sintomas depressivos de Idosos que vivem no domicílio.** 2012. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Com o aumento da expectativa de vida do ser humano, a condição social e de saúde tem delineado um novo panorama na sociedade. Estudos sobre qualidade de vida do idoso é de interesse internacional diante desse quadro. Os aspectos como a manutenção da independência física e mental para o idoso desenvolver as atividades de vida diária e autonomia pode ser comprometida decorrente de questões sociais e de saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida, independência funcional e sintomas depressivos de idosos que vivem no domicílio. Trata-se de um delineamento transversal e descritivo realizado na cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo. A amostra foi por conglomerado de duplo estágio de 240 sujeitos com idade de 60 anos ou mais e de ambos os sexos. Os dados foram coletados por meio de visitas domiciliares no período de novembro de 2010 a fevereiro de 2011. O instrumento para a coleta de dados foi composto de questões sócio-demográficas para a caracterização do idoso, presença de morbidades, Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Medida da Independência Funcional (MIF), Whoqol Old, Whoqol Bref e Escala de Depressão Geriátrica (EDG). A média de idade dos idosos foi 73,2 anos com predomínio da faixa etária de 80 anos ou mais (23,8%). A maioria foi do sexo feminino (62,1%); com escolaridade de um a quatro anos de estudo (48,5%); casados (58,3%); possuem renda mensal superior a um salário mínimo (54,0%); moravam com o cônjuge (29,4%); relataram ter cinco ou mais morbidades (61,7%), sendo mais prevalente a hipertensão arterial (67,5%) seguido de problemas de coluna (54,5%); Foi observado que os idosos do sexo masculino e feminino apresentaram desempenho similares na MIF e os idosos mais jovens tiveram melhor desempenho na MIF total em relação ao mais velhos ( $p < 0,001$ ). Os sintomas depressivos foram mais prevalentes no sexo masculino (38,2%), idosos mais velhos (44,6%) e entre aqueles que não possuíam companheiro (37,1%). O maior escore médio de QV foi encontrado na faceta intimidade (68,93) e o menor escore médio no domínio físico (60,62). Para todos os domínios apresentaram correlação significativa, sendo para o físico e para as facetas habilidades sensoriais e autonomia apresentaram correlação de moderada intensidade. Os idosos que apresentaram sintomas depressivos tiveram maior escore médio no domínio social (61,07) e menor escore médio no domínio físico (50,21). As mulheres apresentaram maiores escores médios de QV para a maioria das facetas, sendo significativamente maior apenas na faceta morte e morrer ( $p = 0,003$ ). Em relação a faixa etária, os idosos mais jovens apresentaram escores médios de QV superiores aos idosos mais velhos na maioria dos domínios e facetas, sendo significativamente maior no domínio físico ( $p < 0,001$ ) e nas facetas autonomia ( $p < 0,048$ ) e participação social ( $p < 0,041$ ). Os idosos com presença de companheiro apresentaram escores médios similares de QV para os domínios e facetas, sendo significativamente maior na faceta intimidade ( $p < 0,019$ ) em relação aqueles que não possuíam companheiro. Esse estudo tem como finalidade promover o conhecimento sobre a qualidade de vida dos idosos para instituir políticas públicas que visam melhor benefícios a saúde do idoso, por meio da ação multidisciplinar das equipes de saúde.

**Palavras chave:** idoso, qualidade de vida, independência funcional, sintomas depressivos, enfermagem geriátrica.

## ABSTRACT

VENDRUSCOLO, T. R. P. **Quality of life, functional independence and depressive symptoms in elderly people living at home.** 2012. 95p. Thesis (Master's Program in Fundamental Nursing), University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2012.

The increased life expectancy, social and health conditions of human beings have designed a new panorama in society. In this context, research on the quality of life of elderly people is of international interest. Aspects like the maintenance of physical and mental independence for the elderly to develop their activities of daily living and autonomy can be compromised due to social and health issues. The aim in this study was to evaluate the quality of life, functional independence and depressive symptoms of elderly people living at home. A cross-sectional and descriptive research was developed in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil. A two-stage cluster sample of 240 male and female subjects aged 60 years or older was used. The data were collected through home visits between November 2010 and February 2011. The data collection instrument consisted of sociodemographic questions to characterize the elderly, presence of morbidities, Mini-Mental State Examination (MMSE), Functional Independence Measure (FIM), Whoqol Old, Whoqol Bref and Geriatric Depression Scale (GDS). The elderly's mean age was 73.2 years, with a predominance of the age range of 80 years or older (23.8%). The majority was female (62.1%); with one to four years of education (48.5%); married (58.3%); monthly income of more than one minimum wage (54.0%); lived with their partner (29.4%); reported five or more morbidities (61.7%), the most prevalent of which was arterial hypertension (67.5%), followed by back problems (54.5%). The performance of male and female elderly on the FIM was similar, and younger elderly performed better on the total FIM than older ones ( $p < 0.001$ ). Depressive symptoms were more prevalent among men (38.2%), elder elderly (44.6%) and participants without a partner (37.1%). The highest mean QoL score was found for intimacy (68.93) and the lowest mean score for the physical domain (60.62). Significant correlations were found for all domains, which were of moderate intensity for the physical domain and the sensory skills and autonomy facets. Elderly with depressive symptoms showed a higher mean score in the social domain (61.07) and a lower mean score in the physical domain (50.21). Women obtained higher mean QoL scores for most facets, which were significantly higher only for death and dying ( $p = 0.003$ ). As regards the age range, younger elderly showed higher mean QoL scores than older elderly in most domains and facets, which were significantly higher in the physical domain ( $p < 0.001$ ) and for the facets autonomy ( $p < 0.048$ ) and social participation ( $p < 0.041$ ). Elderly participants with a partner revealed similar mean QoL scores for the domains and facets, which were significantly higher for the intimacy facet ( $p < 0.019$ ), when compared to participants without a partner. The intent of this study is to promote knowledge on elderly quality of life with a view to the establishment of public policies aimed at improving the benefits for elderly health through health teams' multidisciplinary actions.

**Key words:** aged, quality of life, functional independence, depression, geriatric nursing.



## RESUMEN

VENDRUSCOLO, T. R. P. **Calidad de vida, independencia funcional y síntomas depresivos de ancianos que viven en domicilio.** 2012. 95h. Disertación (Maestría en Enfermería Fundamental) Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Con el aumento de la expectativa de vida del ser humano, la condición social y de salud ha delineado un nuevo panorama en la sociedad. Estudios sobre calidad de vida del anciano son de interés internacional ante ese cuadro. Cuestiones sociales y de salud pueden comprometer la manutención de la independencia física y mental para que el anciano desarrolle las actividades de vida diaria y la autonomía. La finalidad de este estudio fue evaluar la calidad de vida, independencia funcional y síntomas depresivos de ancianos que viven en domicilio. Se trata de un diseño transversal y descriptivo, llevado a cabo en Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil. El muestreo fue conglomerado a estadio doble, con 240 sujetos con edad de 60 años o más y de ambos sexos. Los datos fueron recolectados mediante visitas domiciliarias entre noviembre del 2010 a febrero del 2011. El instrumento para la recolecta de datos abarcó a cuestiones sociodemográficas para caracterizar el anciano, presencia de morbilidades, Mini-Examen del Estado Mental (MEEM), Medida de Independencia Funcional (MIF), Whoqol Old, Whoqol Bref y Escala de Depresión Geriátrica (EDG). El promedio de edad de los ancianos fue de 73.2 años, con predominio del rango de edad de 80 años o superior (23,8%). La mayoría fue del sexo femenino (62,1%); con escolaridad de uno a cuatro años de estudio (48,5%); casados (58,3%); con renta mensual superior a un salario mínimo (54,0%); vivían con la pareja (29,4%); relataron cinco o más morbilidades (61,7%), siendo más prevalente la hipertensión arterial (67,5%) seguido de problemas de columna (54,5%). Fue observado desempeño similar de ancianos masculinos y femeninos en la MIF y desempeño mejor de los ancianos más jóvenes en comparación con los más viejos ( $p < 0,001$ ). Los síntomas depresivos fueron más prevalentes en el sexo masculino (38,2%), ancianos más viejos (44,6%) y entre aquellos sin pareja (37,1%). El mayor *score* promedio de CV fue encontrado en la faceta intimidad (68,93) y el menor en el dominio físico (60,62). Todos los dominios mostraron correlación significativa, de intensidad moderada para el físico y para las facetas habilidades sensoriales y autonomía. Los ancianos con síntomas depresivos alcanzaron mayor *score* promedio en el dominio social (61,07) y menor en el dominio físico (50,21). Las mujeres mostraron mayores *scores* promedios de CV para la mayoría de las facetas, siendo significativamente mayores solamente en la faceta muerte y morir ( $p = 0,003$ ). Respecto al rango de edad, los ancianos más jóvenes lograron *scores* promedios de CV superiores a los ancianos más viejos en la mayoría de los dominios y facetas, siendo significativamente mayor en el dominio físico ( $p < 0,001$ ) y en las facetas autonomía ( $p < 0,048$ ) y participación social ( $p < 0,041$ ). Los ancianos con presencia de pareja presentaron *scores* promedios similares de CV para los dominios y facetas, siendo significativamente mayores en la faceta intimidad ( $p < 0,019$ ) respecto a aquellos que no tenían pareja. Ese estudio tiene por objetivo promover el conocimiento sobre la calidad de vida de los ancianos, para instituir políticas públicas que pretendan alcanzar mejores beneficios a la salud del anciano, mediante la acción multidisciplinaria de los equipos de salud.

**Palabras-clave:** anciano, calidad de vida, independencia funcional, depresión, enfermería geriátrica.

## LISTA DE FIGURA

Figura 1	Mapa de Ribeirão Preto/SP .....	26
Figura 2	Organização esquemática da composição da Medida de Independência Funcional (MIF), em MIF total, dimensões e categorias e suas respectivas pontuações .....	32

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de idosos segundo características sociodemográficas. Ribeirão Preto, SP, 2011 .....	37
Tabela 2	Distribuição das morbidades autorreferidas dos idosos que vivem no domicílio segundo a variável sexo. Ribeirão Preto, SP, 2011 .....	40
Tabela 3	Valores e variações dos domínios, categorias e confiabilidade da MIF dos idosos no domicílio de Ribeirão Preto, SP, 2011 .....	41
Tabela 4	Escore médio dos domínios da MIF segundo as variáveis sexo e faixa etária. Ribeirão Preto, SP, 2011 .....	41
Tabela 5	Distribuição da variável sexo, faixa etária e presença de companheiro segundo os sintomas depressivos de idosos residentes no domicílio. Ribeirão Preto, 2011 .....	42
Tabela 6	Medidas de tendência central e variabilidade, consistência interna, para os escores de qualidade de vida em diferentes domínios e facetas. Ribeirão Preto, SP, 2011 .....	43
Tabela 7	Correlação de Pearson dos domínios do whoqol bref e facetas do whoqol old entre a média da medida da independência funcional. Ribeirão Preto, 2011 .....	43
Tabela 8	Teste T entre o escore da GDS e os escores médios dos domínios do Whoqol Bref e facetas do Whoqol Old. Ribeirão Preto, 2010 .....	44
Tabela 9	Escore médio dos domínios do Whoqol Bref e facetas do Whoqol Old e teste T entre as variáveis sexo, faixa etária e presença de companheiro. Ribeirão Preto, 2011 .....	45
Tabela 10	Análise de regressão múltipla com modelo saturado de cinco preditores para dois domínios e três facetas de qualidade de vida dos idosos residentes em domicílio. Ribeirão Preto, 2011 .....	46

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Níveis de Independência Funcional, com suas pontuações. Fonte: RIBERTO et al., 2004.....	33
----------	---	----

## LISTA DE SIGLAS

ABVDs	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVDs	Atividades de Vida Diária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
EERP	Escola de Enfermagem de Enfermagem de Ribeirão Preto
FIM	Functional Independence Measure
GDS	Geriatric Depression Scale
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MIF	Medida da Independência Funcional
NUPEGG	Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PROCAD	Programa Nacional de Cooperação Acadêmica
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDSMR	Sistema Uniforme de Dados para Reabilitação Médica
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization
WHOQOL BREF	World Health Organization Quality of Life Bref
WHOQOL OLD	World Health Organization Quality of Life Old

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1 Justificativa do estudo .....	24
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>25</b>
2.1 Objetivo Geral .....	25
2.2 Objetivos Específicos .....	25
<b>3 MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>26</b>
3.1 Delineamento de estudo .....	26
3.2 Local do estudo.....	26
3.3 Sujeitos do estudo.....	27
3.4 Critérios de inclusão .....	27
3.5 Amostra do estudo .....	27
3.5.1 Tipo amostral .....	27
3.5.2 Processo amostral .....	27
3.5.3 Tamanho e frações amostrais.....	28
3.5.4 Procedimentos .....	29
3.6 Coleta de dados.....	29
3.7 Instrumentos de coleta de dados.....	30
3.7.1 Roteiro estruturado .....	30
3.7.2 Morbidades .....	30
3.7.3 Medida da Independência Funcional (MIF) (FIM – <i>Functional Independence Measure</i> ).....	30
3.7.4 <i>World Health Organization Quality of Life Bref</i> (WHOQOL-Bref) .....	33
3.7.5 <i>World Health Organization Quality of Life Old</i> (WHOQOL-OLD) .....	34
3.7.6 Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (GDS – <i>Geriatric Depression Scale</i> ) .....	34
3.8 Análise dos dados .....	35
3.8.1 Análise exploratória.....	35
3.8.2 Análise inferencial .....	35
3.9 Aspectos éticos .....	36
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
4.1 Perfil Sócio demográfico .....	37

4.2 Morbidades autorreferidas .....	39
4.3 Avaliação da Independência Funcional .....	41
4.4 Sintomas depressivos .....	42
4.5 Avaliação da Qualidade de Vida .....	43
4.6 Qualidade de vida e sintomas depressivos .....	44
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>48</b>
5.1 Perfil Sociodemográfico .....	48
5.2 Morbidades autorreferidas .....	50
5.3 Avaliação da qualidade de vida, independência funcional e sintomas depressivos.....	52
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>62</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>77</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Estudos demográficos demonstram que a cada ano são incorporados à população brasileira 650 mil idosos, esses em sua grande parte com doenças crônicas não transmissíveis, e também com limitações funcionais. O envelhecimento populacional produz mudanças na estrutura etária da população; o elevado número de idosos reforça a importância de mudanças nos serviços de saúde do país para atender à elevada demanda de gastos com as necessidades de saúde dos idosos (VERAS, 2009; VERAS, 2007., KILSZTAJN et al.; 2003).

Deve-se ressaltar que o processo de transição demográfica refere-se aos efeitos decorrentes de mudanças nos níveis de fecundidade, natalidade e mortalidade. A queda da fecundidade é um fator decisivo do envelhecimento populacional, isto é, uma diminuição relativa de contingente populacional em faixas etárias mais jovens e um aumento de população com faixas etárias mais velhas (VERMELHO; MONTEIRO, 2002). Segundo o IBGEa (2010), a população até 19 anos diminuiu de 40,1% para 32,8% e, em 1999, os idosos com idade acima de 70 anos eram de 6,4 milhões (3,9% da população total), sendo que este número passou para 9,7 milhões (correspondendo a 5,1%), em 2009.

O envelhecimento populacional pode ser definido como uma mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do número de indivíduos acima de determinada idade, isto define o início da velhice. Para os países desenvolvidos considera-se idoso a pessoa que tiver 65 anos ou mais. No Brasil, considera-se idoso a pessoa que tiver 60 anos ou mais. Esse limite inferior é diferente de sociedade para sociedade e depende não apenas de fatores biológicos, como também de econômicos, culturais, ambientais e científicos (BRASIL, 1994; CARVALHO; GARCIA, 2003; Estatuto do Idoso, 2003).

O contingente populacional com idade de 80 anos (idoso mais velho) está crescendo em ritmo acelerado, já que o aumento absoluto e relativo dessa população no Brasil pode ser resultante do crescimento da expectativa de vida ao nascer, associado à queda geral do nível de fecundidade (IBGE, 2008). Em 1980, o Brasil possuía cerca de 560 mil idosos nessa faixa etária e em 2006 esta parcela era de quase dois milhões de habitantes (NOGUEIRA et al.; 2008) A expectativa média de vida teve um aumento de 3,1 anos em relação ao Censo de 2000, com vantagem para as mulheres, de 73,9 para 77,0 anos, e para os homens, de 66,3 para 69,4 anos (IBGEa, 2010).

A estrutura etária populacional no Brasil terá um crescimento expressivo nas próximas décadas devido aos efeitos da fecundidade da segunda metade do século passado. O elevado



número de mulheres em idade reprodutiva favorece o crescimento populacional. As estimativas são de que em 2050 o Brasil terá 250 milhões de habitantes, a quinta maior população mundial, seguido apenas de Índia, China, EUA e Indonésia (BRITO, 2008).

Segundo projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2008), em 2045 o número de idosos irá ultrapassar a população de crianças pela primeira vez na história mundial. A maioria desses idosos vive em países subdesenvolvidos e essa faixa etária é a que mais crescerá nos países em desenvolvimento (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007).

Nos países desenvolvidos a transição ocorreu gradualmente, ou seja, em um período de tempo maior, o que proporcionou maior desenvolvimento socioeconômico e cultural. Entretanto, nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, essa mudança ocorreu de forma rápida e despreparada política e socialmente (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007).

Para Wong e Carvalho (2006), a queda da taxa de fecundidade produziu sérias mudanças na estrutura etária da população brasileira, bem como nos países da América Latina. Nos países em desenvolvimento, desde o final dos anos 1960, os níveis de fecundidade vêm diminuindo e ainda é esperado que continue até 2050, porém estes níveis ainda são considerados altos em relação aos países desenvolvidos (WHO, 2006).

O envelhecimento populacional altera fundamentalmente o panorama epidemiológico relativo à morbidade e mortalidade de uma determinada população, caracterizado pelo declínio das doenças infecto-parasitárias e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007).

Torna-se evidente que devido ao aumento da expectativa média de vida do brasileiro, grande parte da população atual será de idosos, e essa transformação no país deverá ser acompanhada por melhores condições de saúde e qualidade de vida da população (UNITED NATION, 2005). Apesar de não haver uma definição sobre o envelhecimento que contemple os seus múltiplos aspectos, Papaléo Netto (2007) o conceitua como um processo dinâmico e progressivo, onde produz alterações morfológicas, bioquímicas, funcionais e psicológicas, as quais levam à perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, o que pode aumentar a vulnerabilidade e a incidência de processos patológicos.

Com o aumento da população, associado a questões de necessidade de saúde, Karsh (2003) aponta a necessidade de estratégias para suprir a demanda elevada de idosos semidependentes e dependentes com baixo nível socioeconômico. O Brasil, apesar de apresentar um perfil demográfico semelhante ao dos países desenvolvidos – em que maioria da população atual vai atingir a velhice –, ainda não dispõe de infraestrutura de serviços

adequados mesmo nos grandes centros populacionais para suportar essas transformações (VERAS, 2007).

Para o idoso a independência não está somente relacionada a não depender de terceiros para a realização das atividades cotidianas, bem como poder tomar decisão e não perder a sua identidade social (SECKER et al., 2003).

A saúde do idoso, segundo o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional do Idoso (1999) é determinada também pela capacidade que o idoso tem de desenvolver suas atividades cotidianas e a capacidade funcional “é a habilidade de o idoso manter suas habilidades físicas ementas necessárias para uma vida independente e autônoma”.

Além desses aspectos, Garber et al. (2010) mencionam que a capacidade funcional do idoso é determinada pela interação dos sistemas fisiológicos que atuam para a realização de uma tarefa motora (Atividades Básicas da Vida Diária – ABVD e Atividades Instrumentais da Vida Diária – AIVD), quando na presença de uma lesão ou doença há um déficit na integração desses sistemas e a habilidade de o idoso viver na comunidade está relacionada com a sua habilidade em executar essas atividades.

No estudo de NAKATANI et al. (2009), em relação às ABVDs, página 4, 59,1% dos idosos foram independentes, enquanto que para as AIVDs, 58,1% dependentes em uma ou mais atividade, o que evidencia que podem ser independentes para cuidar de si em seu domicílio, mas dependentes quando se refere ao ambiente externo.

Para Ramos (2003), a velhice é uma fase da vida onde há uma alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, limitações físicas, perdas cognitivas, declínio sensorial, acidentes e isolamento social. O sistema de saúde terá uma elevada demanda por procedimentos de reabilitação física e mental devido ao aumento das doenças não transmissíveis, principalmente as cardiovasculares e neurodegenerativas.

Millán-Calenti et al. (2010) também registram no estudo com 595 indivíduos com 65 anos ou mais, realizado na Espanha, que 43,9% do sexo feminino são dependentes em pelo menos uma ABVD, enquanto que os homens, 22,3%.

Considerando a velhice a última fase da vida, os idosos devem ter uma vida digna, com saúde, boas relações sociais com a família e os amigos, enfim, ter uma vida com mais qualidade dentro do espaço social em que vivem. O termo “qualidade de vida” envolve vários significados que podem relacionar a história ou evolução de uma sociedade em um determinado tempo de seu desenvolvimento, além de considerar a construção cultural com seus valores e necessidades e as classes sociais com seus padrões e concepções de bem-estar diferenciados. Quando vista de forma mais focalizada, a *qualidade de vida* coloca sua

centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Santos et al. (2007) investigaram a prevalência de incapacidade funcional em uma população de idosos com 60 anos ou mais, que vivem em Guatambu-SC, e observaram que aqueles que apresentaram baixa qualidade de vida mostraram maior nível de dependência funcional. Assim, os autores inter-relacionam a capacidade funcional com os fatores multidimensionais, como a saúde física, independência na vida diária, aspectos econômicos e psicossociais.

A manutenção da capacidade funcional torna-se fundamental para que o idoso possa chegar a idades avançadas com maior independência para as AVDs, assim com uma melhor qualidade de vida (ROSA et al., 2003; VERAS, 2009). Porém, a perda da capacidade funcional acarreta maior vulnerabilidade e dependência na velhice, o que pode levar a uma diminuição da qualidade de vida.

O bem-estar na velhice é entendido como o resultado do equilíbrio entre diversos domínios da capacidade funcional, o que não representa a ausência de doença em todos os domínios. É importante ressaltar que o idoso pode ter uma vida saudável, com independência e autonomia para a participação em atividades sociais do seu cotidiano, além disso, o estado de saúde individual pode ser afetado pelas condições de vida precárias (BIAZIN, 2006). Dessa forma, a capacidade funcional é considerada um indicador do grau de independência, uma vez que torna evidente o uso de medidas preventivas ou terapêuticas que retardam ou reduzam os mecanismos que são atribuídos ao declínio da capacidade do idoso exercer suas funções físicas, mentais e cotidianas (DEL DUCA, 2009).

Diante do exposto, verifica-se que com o aumento da expectativa de vida do homem, as políticas públicas devem investir em projetos sociais e de saúde para oferecer aos idosos uma vida com dignidade e direitos garantidos, conforme preconizada por várias propostas da I e II Assembleia Mundial do Envelhecimento (1982, 2002), da Política Nacional do Idoso (1994), dentre outros.

Dessa forma, o presente estudo propõe apresentar um tema de relevância, visto que a enfermagem tem papel fundamental na avaliação da qualidade de vida do idoso, que vive na comunidade, além da sua relação com o nível de independência e também a presença ou não de sintomas depressivos.

A manutenção da capacidade funcional pode ter importante implicação na qualidade de vida dos idosos, uma vez que o desenvolvimento das atividades da vida diária traz a eles sentimento de independência e bem-estar. Outros aspectos, como a solidão, tristeza, humor

prejudicado, falta de amor e relacionamento com a família e amigos também interferem na vida dos idosos. Viver com longevidade é uma meta, mas é necessário que seja com saúde, assim, deve ser feita uma avaliação dos fatores que interferem na vida dos idosos, com vistas a melhorar a sua qualidade de vida.

Apesar de os autores discutirem conceito sobre a qualidade de vida, cada idoso tem uma visão diferente, de acordo com as necessidades e a vida de cada um. Portanto, torna-se relevante planejar programas específicos com intervenções para minimizar ou reduzir certos fatores determinantes, como a dependência para as AVDs, autonomia, relacionadas com a independência funcional. Desse modo, a pergunta do estudo é: Qual é a correlação entre os sintomas depressivos e o nível de independência funcional com a qualidade de vida de idosos que vivem em domicílio?

Assim, assegurar serviços sociais e de saúde, com a participação da família, além do nível de independência, garantem ao idoso proteção dos serviços públicos e da família. Nessa fase de vida, os indicadores são considerados fundamentais ao se avaliar o idoso. Segundo Fillenbaum (1984), as áreas da avaliação funcional do idoso são as atividades da vida diária, as atividades instrumentais da vida diária, a saúde mental e a física e os domínios econômicos e sociais. Diante da literatura, a maior expectativa de vida é o objetivo da sociedade, porém, a ênfase na qualidade de vida deve se centrar no nível de dependência do idoso (relacionado à saúde física) e aos aspectos que tratam da saúde mental, como os sintomas depressivos.

O conceito de saúde redefinido pela OMS, após a II Guerra Mundial, incorporou valores de bem-estar físico, emocional e social. Então, o termo qualidade de vida renasce para criticar o crescimento econômico desmedido, onde o crescimento material que é visto como ter uma boa vida poderia colocar em risco a qualidade interna humana, e não apenas as condições externas de se viver (PASCOHAL, 2006).

A expressão qualidade de vida foi usada pela primeira vez em 1964, por Lyndon Johnson, na época presidente dos EUA, durante uma declaração em que ressaltou:

“os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK et al., 1999).

Farquar (1995) afirma que a qualidade de vida não está associada somente a fatores positivos ou bons, mas, também, aos fatores negativos ou ruins das pessoas e o modo como elas mantêm e melhoram a sua qualidade de vida. No entanto, ainda não existe um consenso a respeito do conceito de “qualidade de vida”, porém, devem-se considerar três aspectos básicos

para essa abordagem já aceita por vários pesquisadores e demonstrada pelo *The WHOQOL Group*: a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade. Assim, esses aspectos possibilitam a definição de “qualidade de vida” como:

"a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1995).

A qualidade de vida do idoso relaciona-se com vários aspectos, dentre eles, a independência funcional que é a de manter suas habilidades físicas e mentais, isto é, a condição capaz de mantê-lo independente e com autonomia para a tomada de decisões sobre sua vida (VERAS, 2009).

A longevidade pode ser acompanhada de incapacidades e dependências, o que pode provocar o declínio da capacidade funcional, além de trazer implicações importantes para a família, comunidade e serviços de saúde também está relacionada com a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos (PASCHOAL, 2000; ALVES et al., 2007; ALVES; LEITE; MACHADO, 2010). O estudo de Camargos, Perpétuo e Machado (2005) aponta que existe uma tendência ao aumento da proporção de anos a mais com incapacidade funcional e redução da independência nos idosos.

A qualidade de vida do idoso está diretamente relacionada com a capacidade do idoso de se manter independente (ALVES et al., 2007). Netuvelli e Blane (2008) relatam que a maioria dos idosos avaliaram positivamente a sua qualidade de vida, devido ao convívio social, saúde, dependência e poder aquisitivo, o que pode estar associado à capacidade de adaptação e resistência dos mesmos. A perda da saúde pode ser um indicador negativo da qualidade de vida, e o lado positivo está relacionado às categorias de atividade, renda, vida social, relação com a família (XAVIER et al., 2003).

O envelhecimento bem-sucedido é composto de algumas variáveis, como a manutenção da independência para as atividades da vida diária, a autonomia, a satisfação com o relacionamento familiar e com as amizades, o conforto material, a sensação de bem-estar físico, a imagem corporal e a aparência, a autoestima, as relações interpessoais, o suporte social, a participação em atividades recreativas, a sexualidade, a espiritualidade e as crenças (MORAES; SOUZA, 2005).

O estudo de Murakami e Scatollin (2010) utilizou a Medida da Independência Funcional (MIF) e *World Health Organization Quality of Life-Old (WHOQOL-OLD)* e

mostraram que há forte correlação entre a independência funcional e a qualidade de vida, ou seja, à medida que aumenta a independência funcional há uma melhora na qualidade de vida.

Na avaliação da qualidade de vida de idosos com 60 anos ou mais com a utilização do instrumento *World Health Organization Quality of Life Instrument-Bref (WHOQOL-BREF)*, os autores observaram a importância do domínio físico no estado global de saúde, ou seja, a necessidade da avaliação da funcionalidade na qualidade de vida dos idosos com real consideração em sua forma de mensuração, seja no domínio global ou em seus aspectos individuais, como nos domínios físico, psicológico, social e ambiental (PEREIRA et al., 2006).

Segundo Trentini et al. (2006) no estudo sobre a avaliação da percepção de qualidade de vida do idoso por si próprio e pelo seu cuidador, a qualidade de vida mostrou-se maior na percepção do próprio idoso quando comparada à percepção do cuidador e com significativas diferenças nos domínios relacionados ao estado psicológico, ao estado global e aos relacionamentos sociais.

Santos et al. (2007) sugerem que a independência funcional está relacionada com diversos fatores multidimensionais, como a saúde física, independência para as atividades de vida diária, condições socioeconômicas e psicossociais.

A capacidade funcional pode ser avaliada por meio da capacidade para realizar as Atividades da Vida Diária (AVDs) como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, continência e fazer a alimentação e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) realizar tarefas domésticas, fazer compras, preparar refeições, usar o telefone, controlar a gestão financeira (LOLLAR; CREWS, 2003; CALDAS, 2003). A incapacidade funcional pode ser definida como a dificuldade ou a impossibilidade na execução das atividades de autocuidado e cotidianas (ROSA et al., 2003).

A incapacidade funcional agrega tanto os fatores não modificáveis como a idade, o sexo, a genética e os fatores de risco modificáveis como as doenças relacionadas à idade, as limitações funcionais, o sedentarismo, os comportamentos sociais não saudáveis, além da influência ambiental. Muitos desses fatores ocorrem na fase anterior à velhice e podem estar relacionados às condições socioeconômicas e são possíveis de serem modificados por meio de intervenções que previnam a incapacidade na velhice (WHO, 2003).

Santos et al. (2008) referiram que os idosos que apresentaram duas ou mais doenças, tiveram cinco vezes ou mais chances de ter dificuldades nas AIVDs. A dependência para as AIVDs é maior que nas AVDs, isso pode ser explicado devido ao idoso ser capaz de se cuidar

no domicílio, mas em relação ao convívio social maiores habilidades são exigidas do mesmo (NAKATANI et al., 2009).

Beydoun e Popkin (2005) realizaram um estudo na China e referiram que condições socioeconômicas, de saúde e o estado nutricional são fatores que afetam o declínio das atividades da vida diária e as atividades instrumentais do idoso.

O estudo de Lacerda et al. (2011) que avaliaram a qualidade de vida de idosos em assistência domiciliária, em relação ao domínio físico do WHOQOL-BREF, relacionado à capacidade funcional e Escala de Depressão Geriátrica (EDG) demonstra que quanto maior a pontuação na EDG e maior o comprometimento funcional, pior a qualidade de vida.

Os sintomas depressivos graves podem afetar as atividades básicas de vida diária dos idosos, entre as atividades mais afetadas o desempenho do papel social de destaca, e as menos afetadas foram as atividades intelectuais, instrumentais e de automanutenção (KAZAMA et al., 2011).

Vários estudos mostram que a qualidade de vida pode estar associada à presença ou não de sintomas depressivos. Assim, um estudo com idosos chineses com depressão mostrou que houve associação entre o domínio subjetivo da qualidade de vida com o nível de depressão, capacidade funcional e problemas de saúde física (CHAN et al., 2006). Hye-Ryoung et al. (2008) também relataram que a depressão foi o preditor mais significativo da qualidade de vida, seguido dos problemas de saúde, bairro onde vivem, suporte social, atividades de lazer, além dos comportamentos de saúde que tiveram efeitos sobre a qualidade de vida.

Os sintomas depressivos nos idosos são caracterizados como uma síndrome que envolve diversos aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamentos, e quando não tratados aumenta o risco de morbidade clínica e mortalidade. Os sintomas depressivos nos idosos surgem em decorrência de um conjunto de fatores, tais como a genética, o luto, o abandono, as doenças incapacitantes, entre outros; além de um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e o surgimento de doenças clínicas graves (STELLA et al., 2002).

No Brasil e no mundo a prevalência de depressão em idosos é alta, 15% na população em geral, sendo 12% em homens e 20% nas mulheres (SNOWDON, 2002; CANINEU, 2007). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2001) define depressão como: “estado de espírito deprimido e perda de interesses e prazeres”.

Os fatores psicológicos da EDG, as características sociodemográficas como estado civil, renda, atividades de lazer influenciaram na qualidade de vida de idosos ativos (ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009).

A depressão é, portanto, um distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, reconhecidamente de natureza multifatorial, envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social (CHELONI et. al, 2003). No envelhecimento é comum o aparecimento de fenômenos degenerativos ou doenças crônicas, que muitas vezes estão associadas à fase pela qual o idoso vivencia, momento em que há muitas perdas, como a diminuição do suporte familiar, perda do status ocupacional e econômico, declínio físico e a incapacidade são fatores que levam ao aparecimento da depressão (GARCIA et al., 2006). A qualidade de vida dos idosos acometidos pela depressão é afetada negativamente na vida dessa população, considerada mais vulnerável. A frequência de sintomas depressivos é maior nos idosos que não possuem trabalho remunerado, ao se sentirem desvalorizados, e essa condição pode levar à depressão (GAZALLE; HALLAL; LIMA, 2004).

A depressão pode levar à perda da autonomia funcional, pois é uma doença comum em todos os períodos da vida adulta e que provoca danos na qualidade de vida das pessoas afetadas por ela (CERQUEIRA, 2003).

Em um estudo que avaliou a prevalência de sintomas depressivos em idosos residentes em uma comunidade de uma cidade do estado de Minas Gerais, observa-se uma prevalência de 20,9% de sintomas depressivos nos idosos e, ainda mais frequente, entre aqueles com dificuldade para dormir e dependência para as atividades instrumentais de vida diária (HOFFMANN et al., 2010).

No estudo de Leite et al. (2006) a variável que avalia a preocupação dos idosos apresentou-se elevada no grupo de deprimidos. Isso pode estar relacionado ao fato que os idosos tornam-se mais susceptíveis aos problemas de saúde, às dificuldades financeiras, às perdas afetivas e sociais, dentre outras.

Dessa forma, entende-se que avaliar a qualidade de vida, que é considerado um conceito subjetivo, a presença ou não de sintomas subjetivos pode ou não interferir na vida do idoso.



## 1.1 Justificativa do estudo

Com o envelhecimento populacional e maior expectativa de vida do homem a sociedade enfrenta um novo panorama, que é de pesquisar estratégias de avaliação para enfrentar desafios dos problemas sociais e de saúde que necessitam ser planejados para melhoria da qualidade de vida dos idosos. Assim, torna-se importante a percepção do idoso em relação à sua vida num contexto de saúde e social.

Tal proposta vem pautada com as Políticas de Atenção ao Idoso: I Assembleia Mundial do Envelhecimento (1982), Política Nacional do Idoso (1996), Política Nacional de Saúde do Idoso (1999), II Assembleia do Envelhecimento (2002) no país, com vistas à garantia da atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a garantia da universalidade, equidade, integralidade, acessibilidade, longitudinalidade.

Ao abordar a qualidade de vida do idoso é prescindível conhecer a perspectiva do idoso e oferecer subsídios aos serviços de saúde que atendem o idoso, numa perspectiva multidimensional.

Para tanto, a proposta para o presente estudo foi a de utilizar instrumentos elaborados e validados pela Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF - Fleck et al. (2000) e WHOQOL-OLD - Fleck et al. (2006), desenvolvidos com o objetivo de serem utilizados nos diferentes contextos culturais. Além dessas avaliações, outras foram incorporadas ao estudo e deram subsídios para conhecer alguns aspectos, como o físico, por meio da avaliação da independência funcional e avaliação da saúde mental, como os sintomas depressivos.

Diante das colocações acima, a enfermeira, profissional da saúde e que faz parte da equipe multiprofissional, deve ter como subsídios, para a atenção ao idoso, avaliações multidimensionais para a elaboração de propostas de atuação junto ao idoso e sua família.

Viver com maior expectativa de vida é uma meta do homem ao longo da sociedade mundial, porém, para que essa vida mais longa seja vivida saudavelmente, se faz necessário que o setor saúde considere o homem como um ser multidimensional, o qual deve ser pensado e implementado sob essa perspectiva na atenção à saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a relação entre qualidade de vida, independência funcional e sintomas depressivos de idosos que vivem em domicílio.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar os idosos, segundo as variáveis sociais e demográficas;
- Avaliar a correlação entre as medidas de qualidade de vida, independência funcional e sintomas depressivos dos idosos;
- Comparar as medidas de qualidade de vida de acordo com a independência funcional e os sintomas depressivos dos idosos.

### 3 MATERIAL E MÉTODO

#### 3.1 Delineamento de estudo

O estudo é de natureza transversal descritivo, o qual se fez uma única medida das variáveis de interesse, com ênfase na independência funcional, sintomas depressivos e qualidade de vida de idosos.

#### 3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na área urbana de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, nos domicílios dos idosos que vivem na comunidade. Ribeirão Preto conta com distrito que recebe uma codificação 05, com 639 setores censitários e o distrito de Bonfim Paulista, que tem uma codificação 10, com 11 setores censitários, resultando em 650 setores que são utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para determinar os setores censitários da cidade. A presente pesquisa está inserida no projeto de avaliação na Condição de Vida, Saúde e Envelhecimento: um estudo comparado, financiado pelo Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD), da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

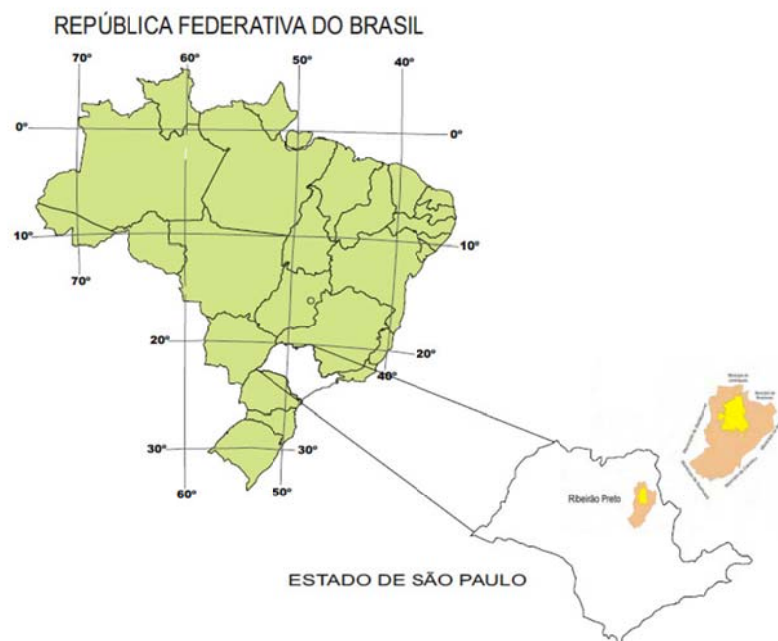


Figura 1 – Mapa de Ribeirão Preto/SP

Fonte: [www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

### **3.3 Sujeitos do estudo**

Pessoas maiores de 60 anos, residentes nos domicílios dos setores sorteados.

### **3.4 Critérios de inclusão**

- Idade superior ou igual a 60 anos;
- Ambos os sexos;
- Residente em Ribeirão Preto.

### **3.5 Amostra do estudo**

#### **3.5.1 Tipo amostral**

Por conglomerado em duplo estágio. Para o primeiro estágio, considera-se como unidade amostral o setor censitário e para o segundo, o indivíduo acima de 60 anos.

#### **3.5.2 Processo amostral**

Com probabilidades proporcionais ao tamanho no primeiro estágio, e cota fixa no segundo estágio.

### 3.5.3 Tamanho e frações amostrais

Decidiu-se por uma amostra de 240 indivíduos, o que garante um erro máximo de 6,3%, com 95% de probabilidade. Para se chegar ao valor de  $n = 240$ , Planejou-se sortear 20 setores censitários entre os 650 existentes.

Dessa forma, a fração amostral do primeiro estágio foi:

$$F1 = 20 * P(i) / 60445$$

Em que  $P(i)$  é a população de 60 anos e mais no setor  $i$  e 60445 o total da população de 60 anos e mais.

Para o sorteio dos setores foram numeradas as ruas e digitadas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Foi realizado novo sorteio por setor, e finalmente uma nova digitação do número de quarteirões e outro sorteio destes; após iniciaram-se as entrevistas. A coleta de dados começou em sentido horário. Foram visitados os domicílios até encontrar 12 idosos por setor nas condições de inclusão para a amostra.

A fração amostral do segundo estágio foi:

$$F2 = 12 / P(i)$$

A fração amostral final foi:  $F = F1 * F2 = 0,004$  ou 0,4%

Deve-se notar que em cada setor a fração amostral foi:

$$F(i) = \{ P(i) / 60445 \} * \{ 12 / P(i) \} = 0,0002$$

Isto é, a amostra, assim construída, é auto ponderada, resultando em frações amostrais idênticas para todos os indivíduos.

### 3.5.4 Procedimentos

1. Número de idosos de 60 anos ou mais de idade em 2010.
2. A última informação populacional disponível por setor censitário refere-se ao ano 2000. Para estimar o número de idosos com 60 anos ou mais de idade, em 2010 procedeu-se da seguinte forma:
3. Foi construída uma tábua de mortalidade, para ambos os sexos, com os últimos dados disponíveis dos óbitos para o município (2007).
4. Desta tábua foi obtido o fator de sobrevivência para 10 anos, referente à população de 50 anos ou mais de idade (0,639712).
5. Aplicou-se este fator para a população de 50 anos ou mais de idade em cada setor censitário no ano 2000, obtendo-se, assim, a estimativa para 2010.

### 3.6 Coleta de dados

Os dados foram coletados em duas fases:

1. Visita aos setores sorteados, à rua e ao quarteirão selecionados, para identificação e cadastro dos idosos que aceitaram participar, totalizando 12 idosos por setor.
2. Início da coleta de dados: realizado um agendamento prévio por telefone com o idoso participante, segundo disponibilidade de dia e horário.

A equipe técnica foi constituída por uma coordenadora e duas equipes de pesquisadores de campo, compostas por pós-graduandos e alunos de graduação capacitados para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Os alunos foram identificados com crachá da Universidade de São Paulo e jaleco. As visitas domiciliares foram realizadas de novembro de 2010 a fevereiro de 2011.

As entrevistas com os idosos foram realizadas nos domicílios dos mesmos, com duração em média de 50 minutos, com intervalo de 10 minutos para que eles não se cansassem.

### **3.7 Instrumentos de coleta de dados**

#### **3.7.1 Roteiro estruturado**

Elaborado pelos membros do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica (NUPEGG), da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), para contemplar os dados para a caracterização sociodemográfica dos idosos: sexo (masculino e feminino); idade (em anos completos); estado civil (solteiro, casado, separado ou viúvo); renda familiar (renda líquida em reais); escolaridade (em ano de estudo formal); número de filhos.

#### **3.7.2 Morbidades**

Instrumento elaborado pelos membros do NUPEGG da EERP-USP, em 2006, para conhecer a presença de morbididades crônicas ou problemas de saúde autorreferidos. As morbididades descritas são: anemia, ansiedade/transtorno do pânico, artrite, asma ou bronquite, audição prejudicada, câncer, enfisema/doença bronco-pulmonar, diabetes mellitus, depressão, derrame, doença cardíaca, doença gastrointestinal alta (úlcera, hérnia, refluxo), doença vascular periférica (varizes), doença neurológica (Parkinson/esclerose), hipertensão arterial, incontinência urinária e/ou fecal, obesidade, osteoporose, prisão no ventre, problemas de coluna, visão prejudicada (catarata/glaucoma) ou outras doenças. (ANEXO B)

#### **3.7.3 Medida da Independência Funcional (MIF) (FIM – *Functional Independence Measure*)**

É amplamente utilizada como medida de avaliação funcional internacionalmente, desenvolvida nos anos 1980 pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina e Reabilitação, parte do Sistema Uniforme de Dados

para Reabilitação Médica (UDSMR). Este instrumento foi validado por Riberto et al. (2000) e traduzido para a cultura brasileira por Riberto et al. (2001).

A MIF é uma escala com sete níveis (independência completa, independência modificada, supervisão, ajuda mínima, ajuda moderada, ajuda máxima e total) que representam os graus de funcionalidade e a pontuação mínima é de 18 pontos e a máxima de 126 pontos para a realização de tarefas motoras e cognitivas. É dividida em domínio motor, que expressa a capacidade funcional do idoso para a realização das atividades de autocuidado (6-42 pontos), controle de esfíncteres (2-14 pontos), transferências (3-21 pontos) e locomoção (2-14); e domínio cognitivo, que corresponde às cinco últimas tarefas da MIF, como compreensão e expressão (2 -14 pontos), memória, interação social e resolução de problemas (3- 21 pontos).

A independência funcional foi avaliada por meio das médias dos valores das dimensões da MIF, com suas variações encontradas para cada atividade agrupadas em tarefas de autocuidado, controle de esfíncteres, transferências e locomoção (MIF Motora); comunicação e cognição social (MIF Social), utilizando-se a média e o desvio padrão. E a escolha para a utilização do instrumento deve-se à sua boa equivalência cultural e às boas propriedades de reprodutibilidade. É necessário um treinamento para aplicação do instrumento, no qual a pesquisadora participou, em 2010, sob orientação de outras pesquisadoras que participaram do Curso de Capacitação da Medida de Independência Funcional, coordenado pelo Prof. Dr. Marcelo Riberto, oferecido pelo Centro de Reabilitação Lucy Montoro, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Figura 1 e Quadro 1). (ANEXO F)



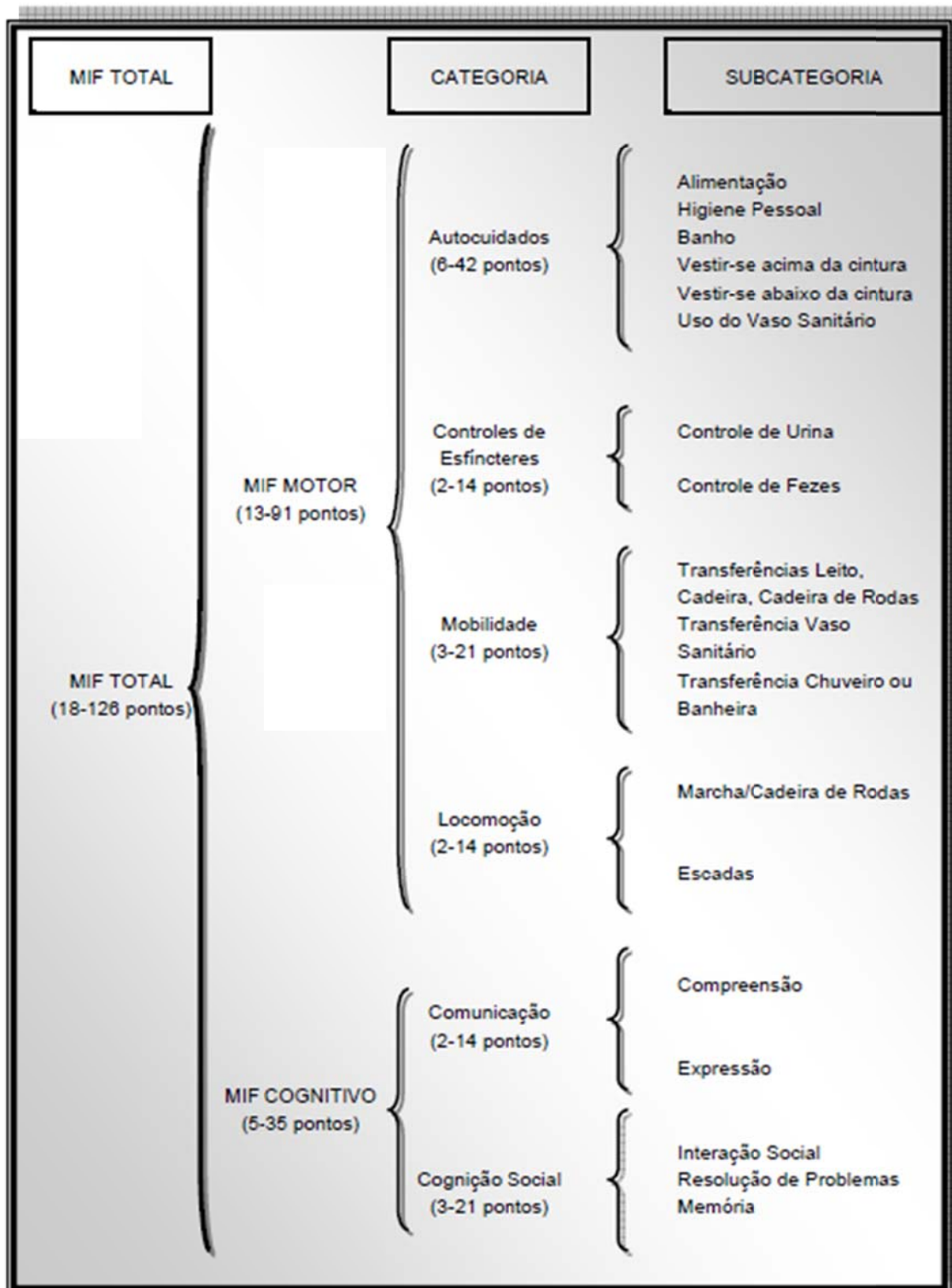


Figura 2- Organização esquemática da composição da Medida de Independência Funcional (MIF), em MIF total, dimensões e categorias e suas respectivas pontuações.

Fonte: RIBERTO et al. 2001.

<b>NÍVEL</b>	<b>DEPENDÊNCIA FUNCIONAL</b>	<b>SUB ESCORES (pontos)</b>
<b>1</b>	Dependência total (assistência total)	18
<b>2</b>	Dependência máxima (assistência de até 75% na tarefa)	19 – 60
<b>3</b>	Dependência moderada (assistência de até 50% na tarefa)	
<b>4</b>	Dependência mínima (assistência de até 25% na tarefa)	61 – 103
<b>5</b>	Supervisão, estímulo ou prepare	
<b>6</b>	Independência modificada	
<b>7</b>	Independência complete	104 – 126

Quadro 1 - Níveis de Independência Funcional, com suas pontuações.  
Fonte: RIBERTO et al., 2004.

### **3.7.4 World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-Bref)**

É um instrumento genérico de qualidade de vida e uma versão abreviada que apresenta fortes correlações entre o escore total do módulo do WHOQOL-100. Foi realizada a aplicabilidade na população brasileira por Fleck et al. (2000) da versão abreviada em português do WHOQOL-Bref e observa-se que o instrumento apresenta características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.

É composto por 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais representam o instrumento original (WHOQOL-100) divididas em 4 domínios (físico, psicológico, relação social e meio ambiente). O domínio físico é composto por sete itens (1. dor e desconforto; 2. energia e fadiga; 3. sono e repouso; 10. mobilidade; 11. atividades da vida cotidiana; 11. dependência de medicação; 12. capacidade de trabalho); o domínio psicológico é composto por seis itens (4. sentimentos positivos; 5. pensar, aprender; 6. autoestima; 7. imagem corporal; 8. sentimentos negativos; 24. espiritualidade); o domínio relações sociais é composto por três itens (13. relações pessoais, 14. apoio social; 15. atividade sexual); o domínio meio ambiente é composto por 8 itens (16. segurança física e proteção; 17. ambiente no lar; 18. recursos financeiros; 19. cuidados de saúde; 20. informação; 21. recreação e lazer; 22. ambiente físico; 23. transporte). Todos os domínios têm os valores normatizados em uma escala de zero a 100, com maiores valores refletindo melhor qualidade de vida no respectivo

domínio (FLECK et al., 2000). Os valores do domínio físico foram utilizados para avaliar a sua associação com a variável independência funcional e do domínio psicológico com a variável sintomas depressivos. (ANEXO C)

### **3.7.5 World Health Organization Quality of Life Old (WHOQOL-OLD)**

É um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida em idosos, foi desenvolvido por Power et al. (2005) e validado no Brasil por Fleck et al. (2006) com apoio do Grupo WHOQOL (The Whoqol Group, 1997). É composto por 24 itens, divididos em seis domínios (funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e intimidade). Cada domínio é composto por quatro itens, respondidos em uma escala tipo Likert de um a cinco, na qual os escores variam de quatro a vinte pontos em cada domínio, ou seja, alguns itens são produzidos de modo positivo, em que respostas mais altas indicam melhor qualidade de vida e outros, de modo negativo, em que respostas mais baixas indicam pior qualidade de vida. O escore bruto de cada faceta pode variar de quatro a vinte. A transformação para uma escala de 0 a 100, no qual 0 é a pior qualidade de vida e 100 a melhor. Foi utilizado o escore geral que é obtido por meio da soma dos vinte e quatro itens e não depende dos agrupamentos por facetas e o escore das seis facetas. A escolha do instrumento deve-se pelo seu potencial em avaliar o impacto de diferentes condições físicas e psicológicas em relação ao envelhecimento, as intervenções, o impacto de serviços de saúde e de diferentes programas de saúde e de cuidados sociais na qualidade de vida de idosos. Além de ser capaz de identificar as possíveis consequências de políticas de saúde na qualidade de vida desses idosos (FLECK et al., 2006). (ANEXO D)

### **3.7.6 Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (GDS – Geriatric Depression Scale)**

Versão reduzida, validada para o português por Almeida e Almeida (1999), que é amplamente utilizada, uma vez que foi desenvolvida para avaliar a depressão especificamente em idosos e utilizada para o rastreamento de sintomas depressivos em idosos (PARADELLA;

LOURENÇO; VERAS, 2005). É composta por 15 itens que avaliam a satisfação com a vida, cinco ou mais respostas interpretadas com o valor um indica provável depressão. (ANEXO E)

### **3.8 Análise dos dados**

Após codificação de todas as variáveis em um dicionário ou máscara, as entrevistas serão alimentadas em um banco de dados (planilha) empregando-se o método de validação por dupla entrada (digitação) com o aplicativo MS Excel XP. Em seguida, os dados serão importados no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 15.0, para as seguintes análises:

#### **3.8.1 Análise exploratória**

1. univariada, calculando-se frequências simples, para as variáveis qualitativas (nominais e ordinais) e medidas de posição (mínimo, máximo, quartis, média e mediana) e variabilidade (desvio padrão e distâncias interquartílicas) para as variáveis quantitativas;
2. bivariada: tabelas de contingência, para variáveis qualitativas, comparação de tendência central (1 quali e outra quanti) e medidas de correlação para 2 quantitativas;
3. multivariável: análise simultânea de 3 ou mais variáveis por estratificação direta.

#### **3.8.2 Análise inferencial**

Nas análises bivariadas, considerou-se nível de significância de 0,05. As análises bivariadas incluíram o teste t de Student, bem como análises de correlação de Pearson. A análise multivariável para os desfecho de qualidade de vida considerados incluiu a análise de regressão linear múltipla com modelo saturado ou de entrada única de todos os preditores.

### **3.9 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação para autorização do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, aprovado de acordo com o protocolo nº 415/2010. As entrevistas foram realizadas com os sujeitos que manifestarem concordância com a pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice), em duas vias, sendo que uma ficou de posse do idoso e outra do pesquisador, com a garantia do anonimato dos entrevistados, conforme Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996).

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Perfil Sócio demográfico

Dos 240 idosos, foram entrevistados 235 idosos, sendo que 05 estavam acamados e sem condições de participar. A média de idade foi de 73,2 anos, com predomínio da faixa etária de 80 anos ou mais (23,8%), seguidos daqueles com 70-74 anos (20,0%). A idade mínima foi de 60 anos e a máxima de 93 anos, sendo 62,1% do sexo feminino. Em relação à escolaridade 48,5% possui entre um a quatro anos de estudo; 58,3% eram casados e 30,2% viúvos. Possuem renda mensal superior a um salário-mínimo (54,0%). Quanto ao arranjo familiar, 29,4% moravam somente com o cônjuge e 61,7% tiveram cinco ou mais morbidades autorreferidas (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição de idosos segundo características sociodemográficas. Ribeirão Preto, SP, 2011.

Variáveis	Média (dp)	Mediana	Variação Observada	Distribuição em Categorias	n (%)
<b>Idade (anos)</b>	73,2 (8,2)	73	[60-93]	60 – 64	42 (17,9)
				65 – 69	44 (18,7)
				70 – 74	47 (20,0)
				75 – 79	46 (19,6)
				80 ou mais	56 (23,8)
<b>Sexo</b>				Masculino	89 (37,9)
				Feminino	146 (62,1)
<b>Escolaridade (anos)</b>	5,4 (4,9)	4,0	[0;26]	Analfabeto	33 (14,0)
				1 – 4	114 (48,5)
				5 – 8	42 (17,9)
				9 – 11	19 (8,1)
				12 anos ou mais	27 (11,5)
				<b>Estado Civil</b>	
				Solteiro	14 (6,0)
				Casado	137 (58,3)
				Divorciado	10 (4,3)
				Separado	2 (0,9)

Variáveis	Média (dp)	Mediana	Varição Observada	Distribuição em Categorias	n (%)
<b>Renda Familiar Mensal*</b>	2321,4 (2573,7)		[0;20.000,0]	Viúvo	71 (30,2)
				Não tem	4 (1,7)
				< 510,00	13 (5,5)
				510,00	12 (5,1)
				> 510,00	206 (87,7)
<b>Renda Mensal Idoso</b>	1286,5 (2026,6)		[0;20.000,0]	Não tem	27 (11,5)
				<510,00	6 (2,6)
				510,00	75 (31,9)
				>510,00	127 (54,0)
				<b>Arranjo Familiar</b>	
Somente com o conjugue	69 (29,4)				
Conjugue e filhos	37 (15,7)				
Conjugue, filhos, genro ou nora	5 (2,1)				
Somente com os filhos	14 (6,0)				
Arranjos trigeracionais	20 (8,5)				
Somente com os netos	3 (1,3)				
outras	55 (23,4)				
<b>Número de Morbidades</b>	5,69 (2,9)		[0;15]	0	4 (1,7)
				1-2	19 (8,0)
				3-4	67 (28,5)
				5 ou mais	145 (61,7)

## 4.2 Morbidades autorreferidas

Na Tabela 2 verifica-se que a morbidade autorreferida mais prevalente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (66,3% e 55,1%), respectivamente para o sexo masculino e feminino, seguido de problemas na coluna para o sexo masculino (55,1%) e para o feminino (54,1%).

Verifica-se que o número de morbidades variou entre 0 e 15, com média de 5,69 (2,9) e destaca-se, ainda, que 67,1% dos idosos referiram cinco ou mais morbidades.



Tabela 2. Distribuição das morbidades autorreferidas dos idosos que vivem no domicílio segundo a variável sexo. Ribeirão Preto, SP, 2011.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	n	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	59	66,3	100	68,5	159	67,5
Problemas de coluna	49	55,1	79	54,1	128	54,5
Visão prejudicada	46	51,7	76	52,1	122	51,9
Doença vascular	24	27,0	67	45,9	91	38,7
Outras	32	36	59	40,4	91	38,7
Audição prejudicada	39	43,8	44	30,1	83	35,3
Artrite	22	24,7	62	42,15	84	35,7
Incontinência urinária ou fecal	27	30,3	51	34,9	78	33,2
Diabetes Melitus	29	32,6	39	26,7	68	28,9
Doença cardíac	25	28,1	39	26,7	64	27,2
Osteoporose	5	5,6	59	40,4	64	27,2
Ansiedade	22	24,7	38	26,0	60	25,5
Doença gastrointestinal	20	22,5	41	28,1	61	26,0
Depressão	15	16,9	27	18,5	42	17,9
Prisão de ventre	16	18,0	23	15,8	39	16,6
Obesidade	7	7,9	21	14,4	28	11,9
Derrame	13	14,6	8	5,5	21	8,9
Asma ou bronquite	6	6,7	13	8,9	19	8,1
Anemia	5	5,6	9	6,2	14	6,0
Câncer	4	4,5	7	4,8	11	4,7
Doença neurológica	3	3,4	2	2,1	6	2,6
DPOC/ enfisema	2	2,2	3	2,1	5	2,1

### 4.3 Avaliação da Independência Funcional

A média de pontos para todos os domínios ficou próxima aos valores máximos para cada dimensão, apresentando uma independência completa e/ou modificada. Os domínios e categorias da MIF apresentaram boa consistência interna por meio da avaliação do Coeficiente de Alfa de Cronbach, exceto para a categoria controle dos esfíncteres (Tabela 3).

Tabela 3. Valores e variações dos domínios, categorias e confiabilidade da MIF dos idosos no domicílio de Ribeirão Preto, SP, 2011.

<b>MIF</b>	<b>Variação possível</b>	<b>Variação observada</b>	<b>Média (d.p)</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>MIF MOTOR</b>	13-91	13-91	82,44 (11,64)	0,93
Autocuidado	6-42	6-42	39,24 (5,44)	0,95
Controle de esfíncteres	2-14	2-14	12,43 (2,43)	0,37
Transferências	3-21	3-21	19,31 (2,80)	0,96
Locomoção	2-14	2-14	11,46 (2,81)	0,78
<b>MIF COGNITIVO</b>	5-35	6-35	32,35 (4,11)	0,92
Comunicação	2-14	2-14	13,10 (1,70)	0,89
Cognição Social	3-21	4-21	19,25 (2,57)	0,84
<b>MIF TOTAL</b>	18-126	32-126	114,79 (14,64)	0,94

Tabela 4. Escores médios dos domínios da MIF segundo as variáveis sexo e faixa etária. Ribeirão Preto, SP, 2011.

<b>Variáveis</b>	<b>MIF Motor</b> média ( $\pm$ dp)	<b><math>\rho</math></b>	<b>MIF Cognitivo</b> média ( $\pm$ dp)	<b><math>\rho</math></b>	<b>MIF Total</b> média ( $\pm$ dp)	<b><math>\rho</math></b>
<b>Sexo</b>						
Masculino	82,30 (10,93)		32,09 (4,90)		114,39 (14,89)	
Feminino	82,52 (12,09)	0,890	32,51 (3,56)	0,445	115,03 (14,53)	0,746
<b>Faixa Etária</b>						
Idosos mais jovens	84,80 (8,92)		33,10 (3,45)		117,91 (11,48)	
Idosos mais velhos	74,88 (15,59)	<0,001	29,96 (5,08)	<0,001	104,84 (18,78)	<0,001

Os idosos do sexo masculino e feminino apresentaram desempenhos similares para todos os domínios da MIF e não apresentaram significância estatística. Em relação à faixa etária, os idosos mais jovens (65 a 79 anos de idade) apresentaram melhor desempenho em todos os domínios da MIF, significância maior ( $p < 0,01$ ) quando comparados aos idosos mais velhos (80 anos ou mais de idade) (Tabela 4).

#### 4.4 Sintomas depressivos

A Tabela 5 demonstra que os sintomas depressivos foram prevalentes no sexo masculino (38,2%) entre a faixa etária dos idosos mais velhos (44,6%) e entre aqueles que não possuem companheiro (37,1%). As variáveis analisadas não apresentaram significância estatística.

Tabela 5. Distribuição da variável sexo, faixa etária e presença de companheiro segundo os sintomas depressivos de idosos residentes no domicílio. Ribeirão Preto, 2011.

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>RP (IC)</b>	<b>RCP (IC)</b>	<b>p</b>
<b>Sexo</b>					
Masculino	34 (38,2%)	55 (61,8%)	1,094	1,152	0,613
Feminino	51 (34,9%)	95 (65,1%)	(0,775-1,544)	(0,667-1,989)	
<b>Faixa Etária</b>					
Idosos mais jovens	60 (33,5%)	119 (66,5%)	0,751	0,625	0,131
Idosos mais velhos	25 (44,6%)	31 (55,4%)	(0,525-1,073)	(0,339-1,152)	
<b>Presença de companheiro</b>					
Sim	49 (35,5%)	89 (64,5%)	0,957	0,933	0,801
Não	36 (37,1%)	61 (62,9%)	(0,679-1,348)	(0,544-1,600)	

#### 4.5 Avaliação da Qualidade de Vida

A avaliação da qualidade de vida pode ser observada na Tabela 6 em que a faceta intimidade (*WHOQOL-OLD*) apresentou maior escore com média de 68,93 (17,61) e o menor escore no domínio físico (*WHOQOL-BREF*), com média de 60,62 (17,17). A consistência interna foi calculada pelo coeficiente de  $\alpha$  de Cronbach apresentou ampla variação (0,48 a 0,80) (Tabela 6).

Tabela 6. Medidas de tendência central e variabilidade, consistência interna, para os escores de qualidade de vida em diferentes domínios e facetas. Ribeirão Preto, SP, 2011.

Domínio/ Faceta	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	S	$\alpha$
<b>WHOQOL-BREF</b>						
Físico	60,62	60,71	3,57	100,00	17,17	0,79
Psicológico	63,70	62,50	0	100,00	16,11	0,75
Social	68,19	66,66	0	100,00	16,31	0,56
Ambiental	61,03	62,50	3,13	100,00	13,73	0,76
<b>WHOQOL-OLD</b>						
Habilidades Sensoriais	68,13	68,75	18,75	100,00	20,31	0,80
Autonomia	62,20	62,50	0	100,00	15,09	0,48
Passado-presente-futuro	65,03	62,50	0	100,00	17,41	0,73
Participação Social	61,32	62,50	0	100,00	17,62	0,73
Morte e Morrer	67,34	75,00	0	100,00	25,96	0,80
Intimidade	68,93	75,00	0	100,00	17,61	0,75

Tabela 7 – Correlação de Pearson dos domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD entre a média da medida da independência funcional. Ribeirão Preto, 2011.

	MIF Motor	P	MIF Cognitivo	$\rho$	MIF Total	$\rho$
<b>WHOQOL-BREF</b>						
Físico	0,453	<0,001	0,396	<0,001	0,472	<0,001
Psicológico	0,208	<0,001	0,274	<0,001	0,242	<0,001
Social	0,225	<0,001	0,260	<0,001	0,252	<0,001
Ambiental	0,170	0,009	0,222	<0,001	0,197	0,002
<b>WHOQOL-OLD</b>						
Habilidades Sensoriais	0,308	<0,001	0,420	<0,001	0,363	<0,001
Autonomia	0,344	<0,001	0,337	<0,001	0,368	<0,001
Passado-presente-futuro	0,193	0,003	0,239	<0,001	0,221	<0,001
Participação Social	0,270	<0,001	0,296	<0,001	0,298	<0,001
Morte e Morrer	0,092	0,162	0,192	0,003	0,127	0,052
Intimidade	0,124	0,058	0,107	0,103	0,129	0,049

A Tabela 7 demonstra a correlação de Pearson dos domínios do WHOQOL BREF e WHOQOL OLD com a medida da independência funcional (MIF) evidenciando que os domínios do WHOQOL BREF apresentaram correlação significativa e de fraca magnitude, exceto no domínio físico, que apresentou moderada magnitude em relação aos domínios da MIF. As facetas habilidades sensoriais e autonomia apresentaram uma correlação significativa e de moderada magnitude. Para a faceta intimidade não houve correlação significativa.

#### 4.6 Qualidade de vida e sintomas depressivos

Tabela 8. Teste T entre o escore da EDS e os escores médios dos domínios do *WHOQOL-BREF* e facetas do *WHOQOL-OLD*. Ribeirão Preto, 2010.

Domínio/ Faceta	Sintomas depressivos		
	sim	não	$\rho^*$
<b><i>WHOQOL-BREF</i></b>			
Físico	50,21	66,52	0,001
Psicológico	51,51	70,61	0,001
Social	61,07	72,22	0,001
Ambiental	53,45	65,33	0,001
<b><i>WHOQOL-OLD</i></b>			
Habilidades Sensoriais	57,79	74,00	0,001
Autonomia	54,19	66,75	0,001
Passado-presente-futuro	54,70	70,93	0,001
Participação Social	51,61	66,83	0,001
Morte e Morrer	54,55	74,58	0,001
Intimidade	60,22	73,87	0,001

\*  $\rho < 0,001$  Teste T

As médias dos escores dos domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD foram menores nos idosos que apresentaram sintomas depressivos, sendo o pior escore no domínio físico e o melhor no domínio social. Para todos os domínios e facetas houve significância estatística (Tabela 8). As mulheres apresentaram maiores escores médios de QV para a maioria das facetas, sendo significativamente maior apenas na faceta morte e morrer ( $\rho = 0,003$ ); já na faceta intimidade foi maior para os homens em relação às mulheres. Em relação à faixa etária, os idosos mais jovens apresentaram escores médios de QV superiores aos idosos mais velhos na maioria dos domínios e facetas, sendo significativamente maior no domínio físico ( $\rho < 0,001$ ) e nas facetas autonomia ( $\rho < 0,048$ ) e participação social ( $\rho < 0,041$ ). Os idosos com presença de companheiro(a) apresentaram escores médios similares de QV para os domínios e facetas, sendo significativamente maior na faceta intimidade ( $\rho < 0,019$ ) em relação àqueles(as) que não possuíam companheiro(a) (Tabela 9).

Tabela 9. Escores médios dos domínios do *WHOQOL-BREF* e facetas do *WHOQOL-OLD* e teste T entre as variáveis sexo, faixa etária e presença de companheiro. Ribeirão Preto, 2011.

Domínio/ Faceta	Sexo		$\rho^*$	Faixa Etária		$\rho^*$	Presença de Companheiro		$\rho^*$
	masculino	Feminino		Idosos mais jovens (60-79 anos)	idosos mais velhos (80 ou mais)		sim	não	
	média (( $\pm$ dp))	média (( $\pm$ dp))		média (( $\pm$ dp))	Média (( $\pm$ dp))		média (( $\pm$ dp))	média (( $\pm$ dp))	
<b><i>WHOQOL-BREF</i></b>									
Físico	61,15 (15,67)	60,29 (18,07)	0,702	62,96 (16,97)	53,12 (15,72)	0,001	60,86 (16,24)	60,27 (18,50)	0,794
Psicológico	65,54 (15,43)	62,64 (16,46)	0,181	64,43 (16,51)	61,53 (14,65)	0,241	64,10 (15,59)	63,23 (16,88)	0,684
Social	66,29 (18,07)	69,34 (15,09)	0,164	68,52 (16,56)	67,11 (15,60)	0,572	67,99 (15,21)	68,47 (17,84)	0,826
Ambiental	61,72 (14,52)	60,61 (13,26)	0,549	61,74 (13,69)	58,76 (13,72)	0,156	61,32 (12,50)	60,63 (15,37)	0,705
<b><i>WHOQOL-OLD</i></b>									
Habilidades Sensoriais	40,02 (15,84)	40,32 (15,58)	0,888	39,10 (14,99)	43,75 (17,27)	0,052	41,16 (15,22)	38,85 (16,21)	0,265
Autonomia	61,58 (15,58)	62,71 (14,79)	0,579	63,37 (15,54)	58,81 (12,98)	0,048	61,09 (13,33)	63,98 (17,18)	0,167
Passado-presente-futuro	64,43 (18,06)	65,19 (17,02)	0,749	66,01 (17,93)	61,36 (15,07)	0,083	66,01 (16,42)	63,34 (18,64)	0,250
Participação Social	58,49 (19,20)	63,05 (16,42)	0,054	62,63 (18,32)	57,14 (14,56)	0,041	60,23 (17,18)	62,88 (18,21)	0,257
Morte e Morrer	26,54 (21,17)	36,38 (27,90)	0,003	32,50 (26,08)	33,14 (25,08)	0,872	31,65 (24,83)	34,08 (27,57)	0,482
Intimidade	71,20 (17,08)	67,55 (17,84)	0,123	69,41 (17,78)	67,41 (17,13)	0,459	71,19 (16,67)	65,72 (18,49)	0,019

Tabela 10. Análise de regressão múltipla com modelo saturado de cinco preditores para dois domínios e três facetas de qualidade de vida dos idosos residentes em domicílio. Ribeirão Preto, 2011.

	Sexo	Faixa etária	Presença de companheiro	Sintomas depressivos	MIF total
<b>Domínio/ Faceta</b>					
<b>WHOQOL-BREF</b>	$\beta^*$ ( $\rho$ )	$\beta^*$ ( $\rho$ )	$\beta^*$ ( $\rho$ )	$\beta^*$ ( $\rho$ )	$\beta^*$ ( $\rho$ )
Físico	-0,068 (0,231)	-0,084 (0,147)	0,042 (0,458)	-0,370 (<0,001)	0,362 (<0,001)
Psicológico	-0,119 (0,037)	0,026 (0,660)	0,040 (0,488)	-0,549 (<0,001)	0,138 (0,020)
<b>WHOQOL-OLD</b>					
Autonomia	-0,031 (0,616)	0,018 (0,768)	0,148 (0,016)	-0,343 (<0,001)	0,316 (<0,001)
Morte e Morrer	-0,211 (0,001)	0,022 (0,740)	0,032 (0,619)	-0,365 (<0,001)	0,060 (0,369)
Intimidade	-0,072 (0,268)	0,002 (0,971)	-0,120 (0,066)	-0,364 (<0,001)	0,041 (0,544)

A Tabela 10 apresenta o resultado da análise de regressão linear múltipla para 2 domínios do *WHOQOL-BREF* e 3 facetas de seu módulo complementar *WHOQOL-OLD*. Pode-se observar que os dois preditores mais importantes, em ordem decrescente de magnitude do coeficiente de regressão padronizado,  $\beta$ , foram a presença de sintomas depressivos menor e a independência funcional (MIF). De fato, a presença de sintomas depressivos impactou negativamente a qualidade de vida em todas as análises de regressão com entrada forçada (método Enter no SPSS). Já os valores positivos de  $\beta$  para a variável MIF total indicam que os idosos com escores mais elevados de independência funcional apresentam melhores escores de qualidade de vida nos domínios e facetas em que esta variável foi estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ). A variável sexo também foi preditora no domínio Psicológico e na faceta Morte e Morrer, indicando que, ao se controlar para as demais variáveis, as mulheres apresentaram escores inferiores de qualidade de vida nestes 2 casos. Já a presença de companheiro, na faceta Autonomia, melhora seus escores, embora seu efeito seja pequeno.

O único preditor (elevados valores de  $\beta$ ) para os 5 desfechos foi a presença de sintomas depressivos, embora, em um estudo seccional, não se pode afirmar certeza que sua presença anteceda a piora da qualidade de vida, podendo ser, até mesmo, sua sucessora (paradoxo de reversão da causalidade em estudos transversais). No entanto, dado que a qualidade de vida se constituiu em desfecho para este trabalho e provavelmente a presença de depressão menor pode apresentar-se também como condição crônica, a suposição desta última como preditor de certo não inviabiliza teoricamente seu papel como antecessora temporal da qualidade de vida (uma de suas causas, pelo menos nos medelos de regressão assumidos acima).



## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Perfil Sociodemográfico

Em 2000, no Brasil, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais era de 8,6% (mais de 14 milhões) e, em 2010, era 10,8% (mais de 20 milhões) o que representa nesse período um crescimento relativo de 41%. E, ainda, 70% desses idosos residem no estado de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Bahia (IBGEa).

Os idosos com 70 anos ou mais correspondiam, em 1999, a 6,4 milhões de pessoas (3,9% da população total) e, em 2009, a 9,7 milhões de pessoas (5,1% da população total) (IBGE, 2009).

O Censo 2010 registrou em Ribeirão Preto 75.763 pessoas com 60 anos ou mais, sendo, aproximadamente, a metade destes com 70 anos ou mais (IBGEb).

A média de idade nesse estudo foi de 73,2 anos, o que corrobora com os estudos nacionais (ALVES et al., 2007; MACIEL; GUERRA, 2007; COSTA E SILVA et al., 2011;) e internacionais (KIM; CHOE; CHAE, 2009; ARIAS-MERINO et al., 2012) e de acordo com a expectativa de vida das mulheres, que é de 73 anos, e dos homens, de 69 anos, conforme dados do IBGEa (2010).

No presente estudo, os idosos mais velhos (80 anos ou mais) foram prevalentes, o que difere de alguns estudos nacionais, como de (SANTOS et al., 2007; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; TAVARES; DIAS, 2012). Outro fato foi a maior longevidade das mulheres, também comprovada nessa população, quando comparado aos dados do IBGE (2010) e de outros estudos nacionais (ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009; PEDRAZZI et al., 2010; FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011;) e também internacionais (MONTEJO et al., 2012; HALVORSRUD et al., 2010).

No que tange à escolaridade, a maioria frequentou a escola de um a quatro anos de estudo, também encontrada por (SCHIAVETO, 2009; GAZALLE; HALLAL, LIMA et al., 2004; ROSSETI-CRUZ et al., 2011), sendo que este último estudo foi realizado com idosos mais velhos (acima de 80 anos de idade). De fato, no Brasil o índice de analfabetismo entre os idosos é de 26,5%, quando comparado com a região sudeste esse índice cai para 17,1% (IBGE, 2010). De fato, diversos estudos mostram que a escolaridade dos idosos está associada ao período histórico que estes viveram ao longo do ciclo de vida. Entretanto, Alves, Leite e

Machado (2010) encontraram pouca diferença entre os idosos sem escolaridade (37,8%) quando comparados com aqueles que tiveram de um a quatro anos de estudo (37,2%), o que difere do presente estudo, em que 14,6% eram analfabetos.

Em relação ao estado civil foram prevalentes os casados, seguidos dos viúvos, também corroborado por (MACIEL; GUERRA, 2007; GIACOMIN et al., 2008; ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009). Quanto ao sexo, a maioria das mulheres é de viúvas, em decorrência da maior longevidade, quando comparada aos homens, uma vez que na sociedade brasileira os homens, quando viúvos, se casam com mulheres mais jovens do que eles (CAMARANO, 2003).

Quanto à renda, a maioria apresentou renda superior a um salário mínimo, dados esses que diferem do estudo desenvolvido por (HOFFMANN et al., 2010; ALVARENGA, 2008).

O arranjo domiciliar é fundamental para o idoso tanto no que se refere à necessidade de compartilhar momentos de interação com a família, quanto da necessidade de cuidados ao idoso. Assim, no estudo em discussão, os arranjos tiveram vários formatos, desde viver só a arranjos trigeracionais. Tais disponibilizações ocorrem a fatos sociais, culturais e econômicos. O viver só merece cuidado especial ao idoso na atenção a sua saúde, porém o arranjo trigeracional também, muitas vezes, pode acarretar ao idoso sobrecarga de trabalho, considerando o número de pessoas que residem na mesma casa e as atribuições de cada um nesta casa.

Vários estudos mostram diversos arranjos como os de (FIEDLER; PERES, 2008; TAVARES; DIAS, 2012; PEDRAZZI et al., 2010), sendo este último estudo realizado com idosos mais velhos na comunidade, dados esses que divergem de Saad (2003), em que 41% residiam com filhos não casados e 26% somente com o cônjuge.

Em outros estudos nacionais, como de Vitor et al. (2009), realizado com 214 idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família, 44,9% dos arranjos eram compostos entre esposo(a), filhos e netos e 43,5% entre esposo(a) e filhos; entretanto no município de São Paulo, com 2.143 idosos, foram identificados 66 tipos de arranjos domiciliares, sendo o grupo mais frequente o de idosos que viviam com o cônjuge ou com os filhos (sem os netos) (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

Segundo o IBGE (2009) 23,8% dos domicílios eram compostos com pessoa responsável e cônjuge, tendo ao menos uma pessoa de 60 anos ou mais de idade, sem filhos, outros parentes e agregados; e 30,7% com pessoa responsável com ou sem cônjuge, tendo ao menos uma de 60 anos ou mais de idade, morando com filhos e/ou com outros parentes e/ou agregados, de diferentes idades.

Apesar de esses dados divergirem, a literatura nacional e a internacional demonstram que o arranjo dá mais segurança e compartilhamento da família para o cuidado ao idoso com morbidades, fato esse decorrente, muitas vezes, da falta de adesão e /ou outras dificuldades de atenção à saúde a essa parcela populacional.

## 5.2 Morbidades autorreferidas

Na análise das morbidades dos idosos do presente estudo, identificou-se que essa condição está presente em vários estudos, assim como as publicações do próprio IBGE (2009), em que 75,5% dos idosos declararam possuir alguma morbidade crônica e, ainda, 64,4% mais de uma. Entretanto, os dados do último Censo do IBGE (2010) demonstram que 22,6% dos idosos com 60 anos ou mais de idade declararam não possuir doenças, já para os idosos de 75 anos ou mais, essa proporção diminui para 19,7%. Nesse estudo, 61,7% relataram possuir cinco ou mais morbidades, diferente do que foi encontrado também no estudo de Santos et al. (2007) em que apenas 8,8% tiveram cinco ou mais morbidades autorreferidas.

A morbidade mais prevalente nesse estudo foi a HAS, seguida por problemas de coluna, visão prejudicada, sofrer de outras doenças, doença vascular e audição prejudicada. No estudo de Alves, Leite e Machado (2010), desenvolvido com dados do PNAD-2003, com o objetivo de analisar a influência dos fatores demográficos, socioeconômicos, de condições de saúde na incapacidade funcional dos idosos, também foram prevalentes a HAS (48,9%) e problemas de coluna (36,8%).

Outros estudos trazem a variável morbidade como um fator importante para avaliar a qualidade de vida; assim identificou-se na literatura alguns dados para a discussão do tema, como o estudo de Campolini, Dini e Ciconelli (2011), com objetivo de avaliar o impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos na comunidade, em que 45,3% dos idosos tinham pelo menos uma morbidade e a HAS estava presente em 40,8%; e concluem que o aumento do número de morbidades, e da idade, influenciam em vários domínios da qualidade de vida, em especial a capacidade funcional, sendo esta influenciada diretamente pela idade.

Importante ressaltar o estudo de base populacional realizado por Soares et al. (2010) com objetivo de comparar o estado conjugal, a escolaridade, a renda, o número de morbidades, a incapacidade funcional e os escores de qualidade de vida entre as faixas etárias

de mulheres idosas em que identificaram que mais de 98% das mulheres em todas as faixas etárias tinham pelo menos uma morbidade, e as mais idosas (80 anos ou mais) tiveram entre uma e três incapacidades funcionais quando comparadas com as outras faixas etárias que não apresentaram incapacidades funcionais.

A morbidade autorreferida sintomas depressivos apresentou pequena diferença entre o sexo masculino e o feminino, conforme Tabela 2, dados esses que diferem do estudo de Alves, Leite e Machado (2010), em que 9,8% refeririam sintomas depressivos.

Alguns estudos demonstram que os sintomas depressivos estão associadas a variáveis sociodemográficas, econômicas e comportamentais, como: sexo feminino, idade avançada, menor escolaridade, condição socioeconômica desfavorável, condições de moradia, baixo suporte social (GAZALLE et al., 2004; PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009).

O estudo de coorte prospectivo que faz parte do projeto Aichi Estudo de Avaliação Gerontológica (AGES) foi desenvolvido em 1999, em seis municípios, que consistiu de 18 pequenas unidades administrativas do Japão. Foram envolvidos 13.310 indivíduos com 65 anos ou mais de idade residentes na comunidade e os dados mostraram que 58,8% tinham entre uma e duas morbidades autorreferidas, porém, 23,6% apresentaram de cinco a nove pontos na EDG, sinal esse sugestivo de sintomas depressivos (NISCHI et al., 2011).

Em um estudo desenvolvido na Korea, com 295 idosos de 65 anos ou mais, com o objetivo de identificar a prevalência de depressão em idosos recrutados de abrigos de idosos e centros de saúde pública, também evidenciou que o sexo feminino apresenta várias morbidades ( $3.1 \pm 2.2$ ), bem como a presença de sintomas depressivos ( $6.49 \pm 3.87$ ) (KIM; CHOE; CHAE, 2009).

Gallucci et al. (2011) também avaliaram os parâmetros de incapacidade em idosos, com 70 anos ou mais de idade, residentes em Treviso, Itália, e encontraram vários fatores relacionados à incapacidade, como desempenho cognitivo, performance física, força de preensão, estilo de vida como atividade física, saúde nutricional, níveis sanguíneos. Os dados mostraram associação significativa entre a presença de sintomas depressivos e incapacidades, avaliados por meio da EDG (GDS), ADL (Katz) e AIDV (Lawton and Brody). Vale destacar que a presença de várias morbidades no idoso, tanto no presente estudo quanto nas produções científicas nacionais e internacionais, está relacionada ao estilo de vida, aos aspectos genéticos e, muitas vezes, pela falta de adesão ao tratamento, dentre outras, o que pode ocasionar incapacidades quando não avaliadas e cuidadas antecipadamente, podendo trazer consequências importantes na vida do idoso.

### 5.3 Avaliação da qualidade de vida, independência funcional e sintomas depressivos

A dificuldade ou impossibilidade na execução das atividades cotidianas é definida por Rosa et al. (2003) como incapacidade funcional. Para avaliar as atividades que o idoso desempenha no seu cotidiano a literatura traz vários instrumentos de avaliação, como a Medida da Independência Funcional (MIF), Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária, dentre outros.

Ramos (2003) e Giacomini et al. (2008) referem que a incapacidade funcional está relacionada com as doenças crônicas não transmissíveis e com idade mais avançada.

O Ministério da Saúde (1999) conceitua saúde do idoso numa perspectiva mais ampla e envolve também a capacidade funcional, que é a capacidade que o idoso tem para desenvolver suas habilidades físicas e mentais para desempenhar as atividades diárias com autonomia e independência.

A MIF avalia o desempenho motor, função cognitiva e a capacidade de comunicação. A opção do instrumento deve-se por apresentar boa equivalência cultural e boa reprodutibilidade, o que permite o uso em pesquisa ou acompanhamento clínico (RIBERTO et al., 2001).

Na análise dos dados, verifica-se que a maioria dos idosos estava entre a independência completa e/ou modificada. Na independência modificada os idosos necessitam de ajuda técnica, como uso de alguns acessórios para se alimentar, para deambular, para o uso do banheiro, dentre outras.

Estudos nacionais realizados com idosos que vivem na comunidade (PEDRAZZI, 2008), institucionalizados (MURAKAMI; SCATOLLIN, 2010), admitidos em unidade de internação hospitalar (LOURENÇO, 2011) e com diagnóstico de demência (TALMELLI, 2009) em que utilizaram o instrumento de avaliação da MIF, corroboram com o presente estudo ao apresentarem valores elevados das médias da MIF, evidenciando a independência dos idosos, e conseqüentemente baixo nível de dependência para o cuidado.

Em outro estudo nacional (ALVARENGA, 2008) com o objetivo de analisar a capacidade funcional, o estado de saúde e a rede de suporte social de idosos assistidos por uma Equipe de Saúde da Família, em que participaram 503 idosos, obtiveram médias na MIF total de 118,2 (12,9), MIF cognitiva 32,7 (3,8) e MIF motora 85,5 (10,3), números esses que também corroboram com os dados do presente estudo.

O estudo de Rosset-Cruz et al. (2011), que teve o objetivo de identificar diferenciais demográficos e socioeconômicos de idosos mais velhos residentes em duas diferentes regiões do país (Sul e Sudeste), na avaliação da MIF apresentou maior nível de independência para o sexo masculino, porém, apresentou nível de dependência, com aumento da idade, coerente com os achados do estudo.

Em um estudo de base populacional brasileira com 314 idosos de 60 anos ou mais, com o objetivo de verificar a prevalência de sintomas depressivos de uma população idosa residente na comunidade e avaliar sua associação com aspectos biopsicossociais e capacidade funcional, encontraram que 96,8% eram independentes para as ABVDs e 86,8% para as AIVDs, e os sintomas depressivos estavam associados significativamente com a dependência para AIVDs ( $RP= 3,22 \pm 2,08 - 5,00$ ) (HOFFMANN et al., 2010).

Ricci, Kubota e Cordeiro (2005), com o objetivo de verificar o grau de concordância entre as medidas obtidas pela percepção do cuidador e pelo profissional da saúde em relação ao desempenho das atividades de vida diária de idosos em programa de assistência domiciliária com o uso da MIF, obtiveram grande reprodutibilidade das medidas, mesmo para diferentes formas de observação.

Outro estudo nacional que investigou a prevalência de incapacidade funcional inadequada e seus fatores associados em idosos brasileiros, porém, com uso dos instrumentos Katz e Lawton, apontou que a prevalência de incapacidade inadequada foi maior entre o sexo feminino (20,1%) quando comparado ao sexo masculino (11,7%), e apresentou também uma tendência de aumento com a idade, em ambos os sexos (NASCIMENTO et al., 2011).

Em um estudo de base populacional realizado na região Sul do país, com o objetivo de estimar a prevalência de incapacidades e seus fatores associados por meio do índice de Barthel, a prevalência de incapacidade funcional foi maior no sexo feminino (37,1%) e em faixas etárias de idosos mais velhos (47,7%) (SANTOS et al., 2007).

Pesquisa de base populacional, na região Sul do país, com objetivo de observar a frequência de incapacidade funcional de idosos, com a utilização de instrumentos de atividades básicas e instrumentais da vida diária, identificou que 26,1% dos idosos necessitavam de auxílio para desenvolver atividades instrumentais da vida diária, e 15,5% nas atividades da vida diária (PEREIRA et al., 2012).

O que se tem observado nas produções científicas, tanto nacionais quanto nas internacionais, é que a independência funcional do idoso apresenta maior dependência nas atividades instrumentais da vida diária do que as atividades básicas. A provável hipótese dessa

diferença é que para desenvolver as atividades instrumentais requer do idoso algumas competências, como motricidade, fazer cálculos, usar a memória recente, dentre outras.

Estudo com objetivo de estabelecer relacionamento entre idade, sexo, com a independência funcional, por meio da avaliação das atividades diárias, ADL (KATZ et al. 1963) e as instrumentais IADL (Lawton e Brody, 1969), com preditores de morbidade e mortalidade com 598 idosos, os autores identificaram que 43,9 % eram do sexo feminino e dependentes em pelo menos uma atividade da escala de avaliação do índice de Katz; enquanto que para o sexo masculino foi de 22,3%; além disso foi identificado maior o risco de dependência para os idosos mais velhos (MILLAN-CALENTI et al., 2010).

Na análise dos dados, a faixa etária, referente aos idosos mais velhos (80 anos ou mais de idade), apresentou significância estatística, quanto à incapacidade funcional. Esses dados também foram encontrados em vários estudos com idosos, no Brasil e em outros países, porém, os estudos utilizaram instrumentos de avaliação da MIF, Lawton; Brody e Katz, com populações e metodologias distintas.

Santos et al. (2008) apresentaram resultados do Estudo SABE, em que participaram 2.143 idosos com 60 anos ou mais, no município de São Paulo, com o objetivo de avaliar as variáveis como explanadoras da presença ou não de dificuldades em AIVD diretamente relacionadas com a possibilidade de uma participação comunitária mais eficiente; 48,9% dos idosos com 75 anos ou mais relataram dificuldades nas AIVD em comparação com 15,3% dos idosos de 60-74 anos.

Em outro estudo nacional de coorte de base populacional com 1.606 idosos de 60 anos ou mais anos de idade, em relação à presença de dificuldade nas AVD, as mulheres apresentaram 2,5%, enquanto os homens 1,1% em quatro ou mais itens da escala dados esses que corroboram com o presente estudo, em que as mulheres apresentam pior independência funcional que os homens (LIMA-COSTA et al., 2011).

Del Duca, Silva e Hallal (2009) em um estudo de base populacional em Pelotas/RS, com 598 idosos com 60 anos ou mais, com o objetivo de estimar a prevalência e os fatores associados à incapacidade funcional, empregaram os índices de Katz e Lawton e obtiveram como resultados um índice de prevalência de incapacidade para as atividades básicas de 26,8% (IC 95%; 23,0;30,8) e para as atividades instrumentais a prevalência de incapacidade funcional de 28,8% (IC 95%; 24,5;33,1). Na análise ajustada à incapacidade, tanto as atividades básicas quanto as instrumentais, o aumento da idade foi um fator importante.

Resultados do estudo de Arias-Merino et al. (2012), com objetivo de determinar a prevalência de incapacidade nas ABVD e AIVD com 2.553 idosos com 60 anos ou mais de

idade, no México, utilizando os instrumentos Katz e Lawton, a prevalência de incapacidade foi de 31,5% para ABVD e 14,3% para AIVD. O fator de risco para a dependência foi ser do sexo feminino e com idade acima de 75 anos, baixo nível educacional, ter pelo menos uma doença crônica, depressão, história prévia de incapacidade. Os autores ainda relatam que esses fatores de risco podem levar o idoso à perda da autonomia, sendo importante, diante desses dados, os serviços de saúde proporem estratégias preventivas para essa população.

Vários autores referem que a incapacidade pode levar o idoso a maior risco de depressão (CHIU et al., 2005; GAYMAN et al., 2008) e o impacto social é grande, além das consequências físicas e psicológicas para a pessoa e sua família. Incapacidade aqui entende-se a física, a psicológica e a social, a exemplo deixar de participar do trabalho e de outros eventos sociais. O ser humano na sociedade atual perde a sua identidade, como consequência surge a tristeza e a solidão.

A incapacidade e a depressão foram avaliadas em um estudo longitudinal realizado em Taiwan, com 442 idosos, acima de 65 anos ou mais de idade, que vivem na comunidade, com o objetivo de investigar as trajetórias de mudança de sintomatologia depressiva e de incapacidade, bem como as suas associações ao longo do tempo. Utilizou-se o Short Psychiatric Evaluation Schedule, versão chinesa do (The Multidimensional Functional Assessment Questionnaire - CMFAQ) que é baseado no (Older American Assessment Resource and Service Center - OARS). Os dados demonstraram que a avaliação dos sintomas depressivos, ao longo de 10 anos, foi influenciado pela incapacidade do idoso. Identificaram também que as mulheres apresentaram maior porcentagem de sintomas depressivos (67,1%) e incapacidade (66,7%), quando comparadas ao sexo masculino (32,9% e 33,3%) (CHEN et al., 2012).

Os sintomas depressivos, na maioria das vezes, é um problema de saúde para o idoso, porém, não é diagnosticado e não tratado, o que pode gerar situações difíceis na vida dele e de sua família. Uma das consequências que a depressão pode causar ao idoso é o suicídio (MONTANO, 1999). Diante dos dados apresentados, o idoso na fase do envelhecimento muitas vezes não desenvolve atividades sociais, físicas e outras, o que pode levá-lo à solidão, tristeza e alteração de humor, o que pode interferir na sua saúde. Diante disso, cabe estabelecer estratégias para o desenvolvimento de ações saudáveis a essa população, diante do quadro apresentado no presente estudo.

Verificou-se nesse estudo que o sexo masculino, apresenta maior quadro de depressão, quando comparado ao feminino, além dos mais velhos e sem companheiro. Na análise da



literatura, verificam-se estudos nacionais e internacionais que focalizaram a depressão com métodos e instrumentos distintos.

No estudo de base populacional, como o de Lima, Souza-Silva e Ramos (2009), em São Paulo, com 1.667 idosos com 65 anos ou mais, o objetivo foi de analisar a associação, em uma coorte urbana de idosos, entre sintomatologia depressiva e outros indicadores como a capacidade funcional e a mortalidade. Após 15 anos de seguimento, obtiveram como resultado 19,8% com rastreio positivo para sintomas depressivos, bem como associação significativa entre a sintomatologia e todas as variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil).

Foi efetuado outro estudo nacional de base populacional de uma população idosa (60 anos ou mais de idade) residente na comunidade, em Minas Gerais, com entrevista de 315 idosos e com o objetivo de verificar a prevalência de sintomas depressivos, utilizando o instrumento GDS. Os dados mostraram que os sintomas depressivos foram mais prevalentes na faixa etária de 80 anos ou mais (31,0%) e entre aqueles que eram separados (35,3%), dados esses que corroboram com o presente estudo. Resultados diferentes de Hoffmann et al. (2010), em que o sexo feminino (23,8%) foi mais prevalente.

Os estudos internacionais mostram dados de prevalência da depressão, como da Korea, que é maior no sexo feminino (66,1%), quando comparada ao masculino (47,3%), além de apresentar 21% com severa depressão. Os autores ainda relatam que a depressão está relacionada à condição de saúde, atividades sociais, dentre outras. Eles apontam que as mulheres idosas na Korea não tiveram um papel social importante e que cabe esclarecer o motivo da prevalência de maior depressão no sexo feminino (KIM; CHOE; CHAE, 2009).

Outros autores também reportam que os sintomas depressivos são mais prevalentes no sexo feminino, sendo o primeiro por meio do instrumento CES-D, e os demais pela EDG (ÁVILA-NUNES et al., 2007; WANG; SU; CHOU, 2010; CARAYANNI et al., 2012; YAMAZAKI et al., 2012).

Wang, Su e Chou (2010) realizaram um estudo transversal em Taiwan com 7.159 indivíduos da comunidade com 65 anos ou mais, com o objetivo de investigar a diferença entre os sexos na prevalência e risco de indicadores associados com depressão geriátrica por meio da EDG. Os sintomas depressivos foram prevalentes no sexo feminino (12,4%) quando comparado ao masculino (7,8%), o que difere do presente estudo, e também estava associado com faixas etárias mais velhas (75 anos ou mais de idade), o que corrobora com o presente estudo.

Uma possível hipótese para maior prevalência de depressão no sexo masculino em Ribeirão Preto/SP é o fato de que na cidade há muitos programas de atividades sociais, como atividades físicas em praças públicas, grupos de terceira idade, caminhadas, bailes, dentre outras, e que na observação diária tais atividades são mais freqüentadas por mulheres, quando comparado aos homens; uma vez que as mulheres são mais estimuladas para participar das atividades físicas e sociais. Assim, nesses ambientes sociais que o relacionamento interpessoal, as amizades e o afeto surgem, oferecendo a elas oportunidades para uma vida com qualidade. Além disso, segundo McAuley et al. (2000) e Strawbridge et al. (2002) as atividades físicas têm efeito para prevenção de sintomas depressivos.

Kim, Choe e Chae (2009) sugerem que há necessidade de estimular os idosos para melhorarem sua saúde física e psicológica participando de atividades na comunidade.

Os dados da qualidade de vida por meio do domínio geral foram coerentes com os estudos de Braga et al. (2011) em que a maioria considerou como “Boa” qualidade de vida, (59,0% e “satisfeitos com sua saúde”, por 59,0% e com Gutierrez et al. (2011) que também houve predomínio de “Boa” qualidade de vida, com 55,5% e “satisfeitos com sua saúde” com 42,1%.

Estudos têm demonstrado a associação entre independência funcional, sintomas depressivos e qualidade de vida (MACIEL; GUERRA, 2007; KIM; CHOE; CHAE, 2009; NUNES et al., 2010; LACERDA et al., 2011; GALLUCCI et al., 2011; BAERNHOLDT et al., 2012). O objetivo do presente estudo foi o de avaliar a qualidade de vida e discutir com as outras variáveis importantes na vida do idoso. Na avaliação da saúde, a qualidade de vida é um fator importante, apesar de ser considerado um conceito subjetivo. Mensurar a qualidade de vida no idoso é um julgamento qualitativo, porém, em momentos diferentes essa avaliação pode ser representada de diferentes formas pelo idoso. Essa avaliação, porém, dá respostas importantes ao pesquisador/clínico e que pode prevenir efeitos adversos durante o percurso de uma doença, por exemplo, a identificação de um idoso triste, com humor prejudicado e que não participa de atividades sociais, pode levar o profissional a identificar uma provável dificuldade do idoso, naquele determinado momento.

Lacerda et al. (2011) ao avaliarem a qualidade de vida de idosos em assistência domiciliária por meio do instrumento *WHOQOL-BREF*, obtiveram como resultado o maior escore com média de 63,04 (12,45) no domínio social, e menor escore com média de 51,26 (12,59) no domínio psicológico. Já no estudo de Silva (2008), com o objetivo de descrever o perfil socioeconômico, demográfico e percepção da qualidade de vida de idosos de uma região urbana atendida pela Estratégia Saúde da Família com 301 indivíduos com 60 anos ou

mais, por meio do instrumento *WHOQOL-BREF*, obteve maior escore com média de 63,1 (18,3) no domínio psicológico, o que difere do presente estudo, e o menor escore no domínio ambiental, 52,9 (14,7), o que corrobora com o presente estudo.

Em estudo nacional do tipo transversal, com 126 indivíduos com 60 anos ou mais de idade, com o objetivo de avaliar a Qualidade de Vida de idosos em uma área sanitária de uma Unidade Básica de Saúde e tendo como referência os diferentes domínios do *WHOQOL-BREF* e as características sociodemográficas, apresentaram maior escore com média 74,1 (16,7) no domínio social, diferente do presente estudo; o menor escore com média 55,4 (11,9) no domínio ambiental, o que corrobora com o presente estudo e os demais acima citados (BRAGA et al., 2011).

Em relação aos menores escores de QV, Gutierrez et al. (2011) observaram que os domínios do *WHOQOL-BREF* meio ambiente e a faceta do *WHOQOL-OLD* morte e morrer apresentaram menores escores, em idosos de um centro de convivência em São Paulo, resultados estes que diferem da presente pesquisa a qual se obteve menores escores para o domínio físico e a faceta participação social.

A inserção social do idoso auxilia nas mudanças sociais da pessoa no processo de envelhecimento, assim como no relacionamento com outras pessoas, o que contribui para melhoria da qualidade de vida (PEREIRA et al., 2006).

Soares et al. (2010) compararam o estado conjugal, a escolaridade, a renda, o número de morbidades, a incapacidade funcional e os escores de qualidade de vida entre as faixas etárias de mulheres idosas e obtiveram maior escore, com média 58,61 (16,31) no domínio físico, e menor escore, com média 79,88 (19,73), na faceta habilidades sensoriais, o que difere do presente estudo.

Chamam atenção os dados publicados por Maués et al. (2010), em que compararam a QV de idosos (jovens e muito idosos) em um seguimento ambulatorial, em São Paulo, com idosos jovens (60-70 anos) e muito idosos (85 anos mais), apresentaram uma pequena diferença, o escore médio do *WHOQOL-OLD* para o grupo de idosos jovens foi 84,09 (11,55) e para os muito idosos 83,32 (12,29) .

Paskulin, Vianna e Molzhan (2009) realizaram um estudo com o objetivo de examinar os fatores que contribuem para qualidade de vida de idosos em regiões do Canadá e Brasil. Os dados mostraram maiores escores do *WHOQOL-BREF* na amostra canadense, no domínio ambiental (80,18) e na amostra brasileira o domínio social (75,10). Nessa análise pode-se observar como a cultura e as relações com o ambiente e o social interferem na qualidade de vida dos idosos. O maior escore no domínio social na amostra brasileira pode ser pelas

relações familiares e de amizade no Brasil, que constitui um ambiente social favorável. Outro aspecto fundamental é que a participação social das mulheres é maior quando comparada aos homens, uma vez que a inserção delas em eventos e atividades sociais e de saúde voltadas ao idoso vem crescendo no país.

O estudo de Hellstrom e Halberg (2001) também mostra a relação entre a idade e a pior qualidade de vida. Ao analisar a Tabela 9 e os dados dos autores citados, verifica-se que o domínio físico é o que mais interfere na qualidade de vida. Nesses dados e na análise da literatura sobre o estudo do envelhecimento, remete-nos que a idade cronológica associada à fisiológica interfere na condição física do idoso. Além do envelhecimento surgem as morbidades associadas, o que pode dificultar a qualidade de vida, uma vez que a independência funcional acaba sendo prejudicada.

Aspectos físicos da QV de idosos, em um estudo multicêntrico de 22 países, foram inferidos como sendo particularmente os mais importantes para idosos, dentre eles a manutenção da energia, a ausência da dor e a capacidade de fazer atividades da vida diária e se locomover (MOLZAHN et al., 2010). Os autores destacam ainda a necessidade de os profissionais priorizarem a atenção à energia, às habilidades sensoriais e à dor, uma vez que a falta de energia em idosos é um fenômeno complexo e multifatorial que está associado a vários marcadores da saúde física e mental, dentre eles a depressão e a dor.

O estudo realizado por Chachamovich et al. (2008), com 4.316 indivíduos com 60 anos ou mais, com o objetivo de avaliar a associação de sintomas depressivos sobre a qualidade de vida e atitudes em relação à velhice em uma grande amostra internacional de adultos mais velhos, os resultados sugerem que quanto maiores são os escores de sintomas depressivos, menores são os escores de qualidade de vida. Lacerda et al. (2011) também mostra que quanto maior a pontuação na EDG, pior são os escores de qualidade de vida.

Outro estudo com o objetivo de determinar a prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria, com aplicação da GDS, *WHOQOL-OLD* e *WHOQOL-BREF*, entre aqueles com sintomas depressivos o pior escore de qualidade de vida foi encontrado na faceta morte e morrer ( $10,6 \pm 2,1$ ) e no domínio social (social ( $37,9 \pm 11,5$ )) (GONÇALVES; ANDRADE, 2010).

Os resultados do estudo de Paskulin (2006) da análise de regressão linear múltipla em que os domínios do *WHOQOL-BREF* como variáveis dependentes, para o domínio físico apresentou significância estatística a dependência severa e moderada para as AVD ( $\beta = -0,15$  e  $p = 0,006$  e  $\beta = -0,14$  e  $p = 0,005$ ) respectivamente. Também foram significativos para o domínio psicológico a influência das variáveis: dependência nas AVD ( $\beta = -0,21$  para

dependência severa e  $\beta = 0,13$  para leve), e para o grupo etário de idosos com 80 anos ou mais de idade ( $\beta = 0,17$  e  $p=0,005$ ). Portanto, os idosos mais independentes apresentaram melhores escores de QV quando comparados aqueles com dependência moderada e leve, sem significância estatística; os idosos mais velhos apresentaram melhores escores de QV quando comparados aos mais jovens e com significância estatística. E ainda concluiu que a contribuição dos valores de  $\beta$  foram modestos para a QV, fortalecendo os achados da literatura em que as dimensões da QV é multidimensional podendo sofrer influências sociais e culturais ao longo da vida.

Chachamovich et al. (2008) referem que na análise de regressão hierarquizada múltipla, da avaliação do *WHOQOL-OLD* as facetas morte e morrer e domínio psicológico apresentaram menor associação aos sintomas depressivos. As variáveis demográficas, como o sexo, faixa etária, nível educacional e estado civil não foram associados aos domínios e facetas de QV. Os autores ainda enfatizam a relevância dos achados, pois os instrumentos utilizados são adequados para a população estudada, o que garante a confiabilidade dos resultados, além do tamanho da amostra internacional que garante validade externa. Também sugerem que ao classificar um indivíduo como não deprimido não é suficiente para a avaliação da qualidade de vida, pois as variáveis demográficas, clínicas e sociais podem estar relacionadas aos sintomas depressivos influenciando assim a qualidade de vida dos idosos.

O estudo de Lin, Yen e Fetzer (2008) realizado com 192 idosos com 65 anos ou mais, com o objetivo de identificar e descrever os preditores de qualidade de vida de idosos que vivem sozinhos, por meio da CES-D e *WHOQOL-BREF*, na análise de regressão o aumento de um ponto no CES-D foi significativamente associada a diminuição dos escores de QV no domínio físico, psicológico, social e ambiental.

Sintomas depressivos anteriores contribuíram significativamente para o avanço de mais sintomas depressivos graves, evidenciando que a incapacidade também está associada ao aparecimento de sintomas depressivos e vice-versa, porém a incapacidade foi um forte preditor de sintomas depressivos mais do que os sintomas depressivos para a incapacidade. E reforça a importância de ações benéficas que retarde o aparecimento de incapacidade, que além de diminuir o progresso da incapacidade, reduziria também o risco do aparecimento de sintomas depressivos (CHEN et al.; 2012).

Farenzena et al. (2007) na avaliação por sexo, observou que o masculino apresentou piores escores ( $p=0,006$ ) de QV no domínio psicológico quando comparados ao feminino, dados esses que diferem do presente estudo. Os autores também encontraram uma correlação inversa entre os domínios do *WHOQOL-BREF* e a EDG, ou seja, conforme aumentava os

escores de sintomas depressivos, diminuía os escores de QV para todos os domínios, dados esses também confirmado no presente estudo. Os autores ainda relatam que o sexo feminino foi preditor no domínio psicológico, enquanto a faixa etária, no domínio ambiental; sugerem que esse resultado deve-se pela maior participação das mulheres nos centros de convivência, bem como a participação da população do estudo em atividades de lazer, o que permite maior interação com outros meios sociais e ambientais

Diante dos resultados apresentados a presença de sintomas depressivos e o nível de independência funcional (MIF) foram os dois preditores que se associaram negativamente na qualidade de vida. Ressalta-se ainda que estudos transversais não trazem resultados de causa e efeito, mas, verificam uma associação entre as variáveis nível de independência funcional, sintomas depressivos e a qualidade de vida, ou seja, que quanto maior a dependência e maiores os sintomas depressivos pior a qualidade de vida do idoso.

Este estudo apresentou limitação na aplicação dos instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida. Tais dificuldades relacionaram-se a compreensão de algumas questões, considerando que o nível de escolaridade dos idosos foi de um a quatro anos de estudo. As dificuldades referem-se a: *WHOQOL-BREF*: relacionadas ao domínio psicológico: 6 (autoestima); 7 (imagem corporal e aparência); 8 (sentimentos negativos); 13 (relações sociais); no *WHOQOL-OLD*: 12 (atividades presentes, passadas e futuras); 14, 17,18 (participação social). Diante dessa limitação sugere-se a aplicação de instrumentos mais fáceis e rápidos para a compreensão destes, conforme proposta de Fang et al. (2011) que desenvolveram uma ou mais versões curtas do *WHOQOL-OLD* em uma amostra de desenvolvimento com 3.711 idosos, sendo que o maior escore encontrado foi na faceta habilidades sensoriais e menor na intimidade (*WHOQOL-OLD*). As três versões apresentaram valores de confiabilidade maiores que 0,6, indicando confiabilidade aceitável, sendo a versão 1 com maior confiabilidade interna, com alfa de Cronbach= 0,681.

## 6 CONCLUSÃO

- O estudo foi realizado com 235 idosos que vivem no domicílio em Ribeirão Preto/SP. A média de idade foi de 73,2 anos, com desvio padrão de 8,2 anos, e predomínio da faixa etária de 80 anos ou mais (23,8%). A idade mínima foi de 60 anos e a máxima de 93 anos;
- 62,1% eram do sexo feminino;
- 61,7% tiveram cinco ou mais morbidades autorreferidas, com média de 5,69 (2,9);
- Os sintomas depressivos no estudo foram prevalentes no sexo masculino (38,2%), porém, com pouca diferença em relação ao sexo feminino (34,9%), dados esses que diferem da literatura;
- A independência funcional e os sintomas depressivos foram preditores da QV, também demonstrado em outros estudos nacionais e internacionais;
- O sexo feminino e com idade acima de 75 anos, baixo nível educacional, com pelo menos uma doença crônica, depressão, história prévia de incapacidade, pode levar o idoso a perda da autonomia, e é importante diante desses dados os serviços de saúde proporem estratégias preventivas para essa população. Vale ressaltar a importância de ações benéficas que retarde o aparecimento de incapacidade e por sua vez, o risco do aparecimento de sintomas depressivos;
- Incapacidade aqui entende-se a física, a psicológica e a social, a exemplo deixar de participar do trabalho e de outros eventos sociais, e que pode levar o idoso ao maior risco de depressão e as consequências físicas e psicológicas para a pessoa e sua família. O ser humano na sociedade atual perde a sua identidade, como consequência surge a tristeza e a solidão;
- Os dois preditores que se associaram negativamente na qualidade de vida foram a depressão e o nível de independência funcional;
- Estudos transversais não trazem resultados de causa e efeito, mas, verificam uma associação entre as variáveis nível de independência funcional, sintomas depressivos e a qualidade de vida;
- Sugere-se a realização de estudos longitudinais e com instrumentos mais fáceis de compreensão e rápidos na sua aplicação.

## 7 REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, T. S.; CORDEIRO, R. C.; RAMOS, L. R. Quality of life in active elderly. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 613-621, 2009.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.57 (2-B), p. 421-426, 1999.

ALVARENGA, M. R. M. **Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde, e da rede de suporte social do idoso atendido na Atenção Básica**. 2008. 246f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional. **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 3, 2010.

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.

ARIAS-MERINO, E. D et al. Physical function and associated factors in community-dwelling elderly people in Jalisco, Mexico. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 54 p, 271–278, 2012.

ÁVILA-FUNES, J. A. et al. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. **Salud Publica Mex**, v. 49, p. 367-375, 2009.

BAERNHOLDT, M; HINTON, I; YAN, G; ROSE, K; MATTOS, M. Factors associated with quality of life in older adults in the United States. **Quality of Life Research**, v. 21, p. 527–534, 2012.

BARRY, L. C. et al. Longitudinal Association Between Depressive Symptoms and disability Burden Among Older Persons. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 64, n. 12, p. 1325–1332, 2009.

BEYDOUN, M.A., POPKIN, B.M. The impact of socio-economic factors on functional status decline among community-dwelling older adults in China. **Social Science & Medicine**, v. 60, p. 2045–2057, 2005.



- BLAZIN, D. T. **Avaliação da Capacidade Funcional Pós-Trauma em Idosos**. 2006. 225f. Tese (Doutorado)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- BRAGA, M. C. P et al. Qualidade de vida medida pelo whoqol-bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. **Revista APS**, v. 14, n. 1, p. 93-100, 2011
- BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008.
- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 773-781, 2003.
- CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **ESTUDOS AVANÇADOS**, v. 17, n. 49, 2003.
- CAMARGOS, M. C. S.; PERPÉTUO, I. H.; MACHADO, C. J. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. **Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 17. n.(5/6), 379-386, 2005.
- CAMPOLINA, A. G; DINI, P. S; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.n6, p. 2919-2925, 2011.
- CERQUEIRA, A. T. A. R. Deteriorização cognitiva e depressão. In: LEBRÃO, M. L. SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento – o projeto sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
- CANINEU, P. R. Depressão no Idoso. In: PAPALÉO NETTO. **Tratado de Gerontologia**, 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 293-300.
- CARAYANNI, V. et al. Sex differences in depression among older adults: are older women more vulnerable than men in social risk factors? The case of open care centers for older people in Greece. **Eur J Ageing**. v.9, p. 177–186, 2012.
- CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A.; Envelhecimento populacional: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.
- CHACHAMOVICH, E. et al. Impact of Major Depression and Subsyndromal Symptoms on Quality of Life and Attitudes Toward Aging in an International Sample of Older Adults. **The Gerontologist**. v. 48, n. 5, p. 593–602, 2008.

CHELONI, C. F. P. et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica (Yesavage). **Revista Expressão**, v. 34, n. 1-2; p.61-73, 2003.

CHIU, H. C. et al. Depressive symptoms, chronic medical conditions and functional status: a comparison of urban and rural elders in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*, v. 20, p. 635–644, 2005.

CHAN, S. W. C.; et al. Quality of life in Chinese elderly people with depression. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, n. 21, p. 312–318, 2006.

CHEN, C. et al. The Longitudinal Relationship Between Depressive Symptoms and Disability for Older Adults: A Population-Based Study. **Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES**, v. 67, p. 1059-1067, 2012.

COSTA E SILVA, M. D. et al. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. **Revista Saúde Pública** v. 45, n. 6, p. 1137-44, 2011.

BRASIL GABINETE DO MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE (BR). **Portaria No 1.395 de 9 de dezembro de 1999**: aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 13 Dez 1999. Seção I, n.237-E, p.20-4. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria\\_1395\\_de\\_10\\_12\\_1999.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf)>. Acesso em 6 maio de 2009.

BRASIL. Lei nº 8842, 4 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-do-idoso/politica-nacional-do-idoso>>. Acesso em 08 março de 2009.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Presidência da República.Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003, e legislação correlata. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. **Coleção de leis da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resoluções/Reso196.doc>>. Acesso em: 20 abril de 2009.

DEL DUCA, G. F.; SILVA M. C.; HALLAL P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 5. p. 765-805, 2009.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Revista Panam Salud Publica**, p. 370–8, v. 17, n.5/6, 2005.

FANG, J. et al. Development of Short Versions for the WHOQOL-OLD Module. **The Gerontologist**, v. 52, n. 1, p. 66–78, 2011.

FARENZENA, W. P. et al. Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. **Revista Kairós**, v. 10, n. 2, p. 225-243, 2007.

FARQUAR, M. Elderly People's Definition of Quality of Life. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1439-1446, 1995.

FERREIRA, P. C. S; TAVARES, M. S; RODRIGUES, R. A. P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 1, p. 29-35, 2011.

FILLENBAUM, G. G. **The well being of the elderly: approaches to multidimensional assessment**. Geneve: WHO, n. 84, 1984.

FIEDLER, M. M; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Caderno Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 409-415, 2008.

FISKE, A.; WETHERELL, J. L.; GATZ, M. Depression in Older Adults. **Annu Rev Clin Psychol**. v.5, p. 363–389, 2009.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 21, n.1, 1999.

FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK M. P. A. et al. Development of the WHOQOL-OLD Module in Brazil. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n.4, p.785- 791, 2006.

FLECK M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FLECK, M. P; CHACHAMOVICH, E; TRENTINI, C. M. Whoqol-Old Project: method and focus group results in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 793–799, 2003.

FOLSTEIN, M. F; FOLSTEIN, S. E; McHUGH, P. R. P. Mini mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, p. 189-198, 1975.

GAZALLE, F. K; HALLAL, P. C; LIMA, M. S. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p.145-149, 2004.

GALLUCCI, M. et al. Factors related to disability: Evidence from the “Treviso Longeva (TRELONG) Study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. v. 52, p. 309–316, 2011.

GAYMAN, M; TURNER, R, CUI, M. Physical limitations and depressive symptoms: exploring the nature of the association. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, v. 63, p. 219–228, 2008.

HELLSTROM, Y; HALBERG, I. R. Perspectives of elderly receiving home help on health, care and quality of life. **Health Soc Care Community**, v. 9, p. 61-71, 2001

HYE-RYOUNG, K. et al. Quality of Life in Low Income Korean Aged. **J Korean Acad Nurs**, v. 38, n. 5, p. 694-703, 2008.

GARCIA, A. et al. A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciência e Cognição*, v. 7, p. 111-121, 2006.

GARBER et al. Physical and mental health-related correlates of physical function in community dwelling older adults: a cross sectional study. **BMC Geriatrics**, v. 10, n. 6, p. 1-10, 2010.

GIACOMIN, K. C. et al. Incapacidade funcional entre idosos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1260-1270, 2008.

GONÇALVES, V.C.; ANDRADE, K. L. Depressão em idosos ambulatoriais. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, v.13, n.2, p. 289-299, 2010.

GUREJE, O. et al. Functional Disability in Elderly Nigerians: Results from the Ibadan Study of Aging. **The American Geriatrics Society**, v. 54, p. 1784–1789, 2006.

GUTIERREZ, B. A. O.; AURICCHIO, A. M.; MEDINA, N. V. J. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. **J Health Sci Inst**, v. 29, n.3, p. 186-90, 2011.

HALVORSRUD, L et al. Quality of life in older Norwegian adults living at home: a cross-sectional survey. **Journal of Research in Nursing**, v.17, n.1, 2010.

HOFFMANN E. J. et al. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 3, p. 190-197, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGEa). **Indicadores Sociais Municipais Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores\\_sociais\\_municipais/indicadores\\_sociais\\_municipais.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGEb). **Pessoas de 10 anos ou mais de idade, responsáveis pelos domicílios particulares, total e cônjuges, por grupos de idade: Resultados Preliminares do Universo**. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=200&z=cd&o=13&i=P>>. Acesso em: 15 abr. 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados**. 2009. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic.../com\\_sobre.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic.../com_sobre.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2008**. Disponível em: <[http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/condicao\\_de\\_vida/indicadores\\_minimos/sintese\\_indicadores\\_sociais\\_2008/default.shtm](http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/indicadores_minimos/sintese_indicadores_sociais_2008/default.shtm)>. Acesso em 01 de jun. 2009.

KARSCH, U. M. Assistência a idosos dependentes. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19 n.3 p. 861-866, 2003.

KAZAMA, M. et al. Early impact of depression symptoms on the decline in activities of daily living among older Japanese: Y-HALE cohort study. **Environmental Health and Preventive Medicine**, n. 16, p. 196–201, 2011.

KIM, J; CHOE, M; CHAE, Y. R. Prevalence and Predictors of Geriatric Depression in Community-Dwelling Elderly. **Asian Nursing Research**, v. 3, n. 3, 2009.

KILSZTAJN, S. et al. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 20, n.1, p. 93-108, 2003.

LACERDA, S. M. et al. Qualidade de vida de idosos atendidos em Programa de Assistência Domiciliária. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 329-342, 2011.

LEBRÃO, M. L.; OLIVEIRA, Y. D. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LEITE, V.M.M. et al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n.1, p. 31-38, 2006.

LIANG, W. et al. Psychometric evaluation of the WHOQOL-BREF in community-dwelling older people in Taiwan using Rasch analysis. **Quality of Life Research**, v. 18, p. 605–618, 2009.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Predictors of 10-year mortality in a population of community-dwelling Brazilian elderly: the Bambuí Cohort Study of Aging. **Caderno Saúde Pública**, v. 27, S.3, p. 360-369, 2011.

LIMA, M. T. R.; SOUZA E SILVA, R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n.1, p. 1-7, 2009.

LIMA, M. G. et al. Health related quality of life among the elderly. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25, v. 10, p. 2159-2167, 2009.

LIN, P; YEN, M.; FETZER, S. J. Quality of life in elders living alone in Taiwan. **Journal of Clinical Nursing**. v. 17, p. 1610–1617, 2008.

LOURENÇO, T. M. **Capacidade funcional do idoso longo vivo admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba – PR**. 2011. 133f. (dissertação). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

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

LOLLAR D. J.; CREWS, J. E. Redefining the role of public health in disability. **Annu Rev Public Health**, v. 24, p. 195-208, 2003.

MAUÉS, C. R. et al. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. **Revista Brasileira Clínica Médica**, v.8, n. 5, p. 405-10, 2010.

MCAULEY, E. et al. Social relations, physical activity, and well-being in older adults. **Preventive Medicine**, v. 31, p. 608–617, 2000.

MILLAN-CALENTI, J. C. et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 50, p. 306–310, 2010.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.1 p, 7-18, 2000.

MOLZAHN, A. et al. The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. **Quality of Life Research**, v. 19, n. 2, p. 293-298, 2010.

MONTANO, C.B. Primary care issues related to the treatment of depression in elderly patients. **Journal of Clinical Psychiatric**, v. 60, p. 45-51, 1999.

MONTEJO, P. Memory complaints in the elderly: Quality of life and daily living activities. A population based study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 54, p. 298–304, 2012.

MORAES, J. F. D.; SOUZA, V. B. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 27, n. 4, p. 302-8, 2005.

MURAKAMI, L.; SCATTOLIN, F. Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Medica Herediana**, v. 21, p. 18-26, 2010.

NASCIMENTO, C. M. Factors associated with functional ability in Brazilian elderly. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 54, p. 89–94, 2012.

NAKATANI, A. Y. K et al. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n.1, p. 144-50, 2009.

NETUVELI, G.; BLANE, D. Quality of life in older ages. **British Medical Bulletin**, v. 85, p. 113–126, 2008.

NISHI, N. et al. Cohort Profile: The AGES 2003 Cohort Study in Aichi, Japan. **Journal of Epidemiology**, v. 21, n. 2, p. 151-157, 2011.

NOGUEIRA, S. L. et al. Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. **Revista Brasileira Estudos Populações**, v. 25, n. 1, p. 195-198, 2008.

NUNES, D. P. et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família de Goiânia (Go, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2887-2898, 2010.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso**. 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2009.

ORFILA, F.; et al. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. **Social Science & Medicine**, v. 63, p. 2367–2380, 2006.

OPAS. Dia Mundial da Saúde. **Saúde Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde**. Saúde Mental: Cuidar, sim. Excluir, não. 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SAUD. Planificación y Organización de los servicios geriátricos. **Informe de um Comitê de Expertos**, Genebra, 1974.

PAPALÉO NETTO, M. Ciência do Envelhecimento: Abrangência e Termos Básicos e Objetivos. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**, ed.2, São Paulo: Atheneu, p. 29-38, 2007.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 39, p. 918-923, 2005.

PASCHOAL S. M. P. Qualidade de Vida na Velhice. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, ed. 2, Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, p. 147-153, 2006.

PASCHOAL S. M. P. **Qualidade de Vida do Idoso**: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. São Paulo, 2000. 252 f. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PASCHOAL S. M. P.; FRANCO R. P.; SALLES R. F. N. Epidemiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO. **Tratado de Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 39-56.

PASKULIN, L. M. G.; MOLZAHN. A. Quality of Life of Older Adults in Canada and Brazil. **West J Nurs Res**. v. 29, n. 10, 2007.

PASKULIN, L, VIANNA, L; MOLZAHN, A. E. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *Int Nurs Ver*, v. 56, n. 1, p. 109-115, 2009.



PINHO, M. X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, v. 12, n. 1, p.123-140, 2009.

PEDRAZZI, E. C. **Arranjo domiciliar e apoio dos familiares aos idosos mais velhos**. 2008. 131f. (dissertação). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PEDRAZZI, E. C. et al. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, 08 telas, 2010.

PEREIRA, G. N. et al. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das Características Organizacionais e Desempenho das Unidades de Atenção Básica do Distrito Oeste do Município de Ribeirão Preto**. 2008. Tese (Livre-Docência)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria**, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

POWER M.; QUINN K.; Schmidt, S. Development of the WHOQOL-Old module. **Quality of Life Research**, v. 14, p. 2197–2214, 2005.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19 n. 3, p. 793-798, 2003.

RIBEIRO, E. E. et al. Projeto Idoso na Floresta. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, v. 11, n3, p. 307-326, 2008.

RIBERTO, M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional, **Acta Fisiátrica**, v. 8, n.1, p. 45-52, 2001.

RIBERTO, M. et al; Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional, **Acta Fisiátrica**, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

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

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

ROSSET, I. et al. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 391-400, 2011.

RUSSO, A. et al. Depression and Physical Function: Results From the Aging and Longevity Study in the Sirente Geographic Area (ilSIRENTE Study). **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology**, v. 20, n. 3, 2007.

SAAD, P. M. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. O. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Organização Pan-Americana da Saúde. Capítulo 10, p. 221-224, 2003.

SANTOS, J. L. F.; et al. Functional Performance of Elders. **Caderno Saúde Pública**. v. 24 n. 4, p. 879-886, 2008.

SANTOS, J. L. F. et al. Functional performance of elders. **Caderno Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 879-886, 2008.

SANTOS, K. A. et al. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23 n. 11, p. 2781-2788, 2007.

SCHIAVETO F. V. **Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade**. 2008. 117f. (dissertação). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

SECKER, J. et al. Concept forum Promoting independence: but promoting what and how? **Ageing & Society**, n. 23, p. 375–39, 2003.

SILVA, C. B D. C. A. **Qualidade de vida de idosos atendidos pelas equipes de saúde da família em Rio Grande**. 2008. 111f. Dissertação (Mestrado)- Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

SOARES, M. B. O. et al. Morbidades, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres idosas. **Esc Anna Nery**, v.14, n. 4, p. 705-711, 2010.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G; Cuidado de Saúde do Idoso. In: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.142-163.

SNOWDON, J. How high is the prevalence of depression in old age? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 24, p. 42-47, 2002.

STELLA, F. et al. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Motriz**, v. 8, n.3, p. 91-98, 2002.

STRAWBRIDGE, W. J. et al. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. **American Journal of Epidemiology**, v. 156, p. 328-334, 2002.

TALMELLI, L. F. **Nível de independência funcional de idosos com Doença de Alzheimer**. 2008. 112f. (dissertação). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. S. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 112-120, 2012.

The Whoqol Group, Whoqol Measuring Quality of Life. **Division Of Mental Health And Prevention Of Substance Abuse World Health Organization**, 1997.

TORRES, G. V. et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, v. 58, n. 1, p. 39-44, 2009.

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

UNITED NATION. World Population Prospects The 2004 Revision. **Department of Economic and Social Affairs Population Division**, New York, 2005.

VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. F. G. Transição Demográfica e Epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002.

VICTOR, J. F. et al. Perfil sóciodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 49-54, 2009.

XAVIER, F. M. F. et al. Elderly people's definition of quality of life. **Revista Brasileira. Psiquiatria**, v. 25, n. 1, p. 31-39, 2003.

YAMAZAKI, S. et al. Prediction of functional disability by depressive state among community-dwelling elderly in Japan: A prospective cohort study. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 12, p. 680-687, 2012.

WADA, T. et al. Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 41, p. 271-280, 2005.

WANG, J; SU, T; CHOU, P. Sex Differences in Prevalence and Risk Indicators of Geriatric Depression: The Shih-Pai Community-based Survey. **Journal of the Formosan Medical Association**, v. 109, n. 5, p. 345-353, 2010.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 23, n. 1, p. 5-26, 2006.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Life Assessment (WHOQOL): position paper from de world health organization. **Social & Science Medicine**, v. 41, n. 10, p.1403-1409, 1995.

WHO. What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? **WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), September 2003**. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/). Acesso em: 20 de fev 2011.

World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization**; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

World Health Organization. **World Health Statistics, 2008**. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/en/>. Acesso em: 09 set. 2008.

World Health Organization. **World Population Prospects The 2006 Revision**. Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/wpp2006.htm>. Acesso em: 09 de set. 2008.

## APÊNDICE



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS  
PRÓ-IDOSO**

## DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr (a) não deseja responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

Nº Questionário: \_\_\_\_\_

Nº Setor: \_\_\_\_\_

Município: Ribeirão Preto/SP

Nome do(a) Entrevistador(a): \_\_\_\_\_

Data da Entrevista \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Início da entrevista: \_\_\_\_h \_\_\_\_min

Nome do(a) idoso(a): \_\_\_\_\_

Entrevistado: (1) idoso Endereço: \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

## ANEXOS

## ANEXO A: INFORMAÇÕES PESSOAIS

A1) Idade _____ (anos completos) Data de nascimento ____ / ____ / ____
A2) Sexo (1) Masculino            (2) Feminino
A3) Qual é a cor da sua pele? (1) Branca                (4) Preta (2) Parda                 (5) Indígena (3) Amarela            (99) NS/NR
A4) Local de nascimento ( <i>Ver documento se necessário</i> ) (1) Urbano (2) Rural (99) NS/NR
A5) Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a) (5) Viúvo (a) (99) NS/NR
A6) Mora sempre neste endereço ou existe mais de um local para residir: (1) mesmo local    (2) mais de um local    (99) NS/NR
A7) Há quanto tempo o Sr (a) mora nesta casa? (em anos) _____ (99) NS/NR
A8) Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o Sr (a)? _____
A9) Com quem o Sr (a) mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho(s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora

(5) Somente com o(s) filho(s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (8) Somente com os netos (sem filhos) (9) Não familiares (10) Outros (especifique)_____
(99) NS/NR
A10) Quem é o(a) chefe ou o responsável do domicílio? (1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho(a) (4) Outro familiar (5) Não familiar (99) NS/NR
A11) Agora preciso saber sobre a formação desse arranjo familiar. Por favor, diga-me: (1) O sr.(a) veio morar aqui (2) As outras pessoas vieram morar com o sr.(a)? (88) Não se aplica (99) NS/NR
A12) Qual a principal razão pela qual o sr.(a)/ outras pessoas mora(m) aqui? (aplicar apenas se a resposta do item anterior for 1 ou 2) (1) Estar perto de/ou com o(a) filho(a)/pais (2) Estar perto de/ou com familiares ou amigos (3) Estar perto dos serviços de saúde (4) Medo da violência (5) Falecimento do(a) esposo(a)/companheiro(a) (6) Por união conjugal (7) Por separação conjugal (8) Custo da moradia/situação financeira (9) Precisava de cuidado (10) Outro (88) Não se aplica (99) NS/NR

A13) Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? \_\_\_\_\_

(99) NS/NR

A14) O Sr(r) tem cuidador?

(1) Sim            (2) Não

A15) Quem é o seu cuidador?

- (1) Cônjuge
- (2) Cônjuge e filho (s)
- (3) Cônjuge, filho(s), genro ou nora
- (4) Somente com o(s) filho(s)
- (5) Outro idoso
- (6) Cuidador particular
- (7) Outros (especifique) \_\_\_\_\_
- (99) NS/NR

A16) Qual é a sua religião?

- (0) Nenhuma
- (1) Católica
- (2) Protestante ou Evangélica
- (3) Espírita
- (4) Judaica
- (05) Outra (especifique) \_\_\_\_\_
- (99) NS/NR

A17) Quando o (a) Sr(a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o Sr(a) utiliza como primeira opção?

- (1) SUS
- (2) Convênio de saúde
- (3) Particular
- (4) Farmácia
- (5) Benzedeira
- (6) Outro (especifique) \_\_\_\_\_
- (88) Não se aplica
- (99) NS/NR





<p>B7) Comparando com um ano atrás, o (a) Sr (a) diria que agora sua memória está...</p> <p>(1) Melhor.</p> <p>(2) Igual</p> <p>(3) Pior</p> <p>(99) NS/NR</p>
<p>B8) O Sr (a) desenvolvia alguma atividade?</p> <p>(1) sim            (2) não            (99) NS/NR</p> <p>B8a) Nenhuma ____</p> <p>B8b) Atividades domésticas ____</p> <p>B8c) Esporte/ dança ____</p> <p>B8d) Trabalho voluntário/ comunitário ____</p> <p>B8e) Trabalho remunerado ____</p> <p>B8f) Outros: Quais? _____</p>
<p>B9) Atualmente o Sr (a) desenvolve alguma atividade?</p> <p>(1)sim            (2) não            (99) NS/NR</p> <p>B9a) Nenhuma ____</p> <p>B9b) Atividades domésticas ____</p> <p>B9c) Esporte/ dança ____</p> <p>B9d) Trabalho voluntário/ comunitário ____</p> <p>B9e) Trabalho remunerado ____</p> <p>B9f) Outros: Quais? _____</p>
<p>B10) A casa onde mora é:</p> <p>(1) Própria - quitada</p> <p>(2) Paga aluguel</p> <p>(3) Própria - paga prestação</p> <p>(4) Cedida sem aluguel</p> <p>Outros (especifique) _____</p>

**ANEXO B – PROBLEMAS DE SAÚDE**

	Sim	Não	NS/N R	Toma medicação prescrita pelo médico? (nome comercial) QUAL?
C1) Anemia	1	2	99	
C2) Ansiedade / transtorno do pânico	1	2	99	
C3) Artrite (reumatóide/osteoartrite/artrose)	1	2	99	
C4) Asma ou bronquite	1	2	99	
C5) Audição prejudicada	1	2	99	
C6) Câncer Qual ?-	1	2	99	
C7) DBPOC/enfisema (doença broncopulmonar)	1	2	99	
C8) Diabetes Mellitus	1	2	99	
C9) Depressão	1	2	99	
C10) Derrame	1	2	99	
C11) Doença cardíaca	1	2	99	
C12) Doença Gastrointestinal Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	1	2	99	
C13) Doença vascular periférica (varizes)	1	2	99	
C14) Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose)	1	2	99	

C15) Hipertensão arterial	1	2	99	
C16) Incontinência urinária e/ou fecal	1	2	99	
C17) Obesidade	1	2	99	
C18) Osteoporose	1	2	99	
C19) Prisão de ventre	1	2	99	
C20) Problemas de coluna	1	2	99	
C21) Visão prejudicada (catarata/glaucoma)	1	2	99	
C22) Outras – Qual? _____	1	2	99	

### ANEXO C - WHOQOL – BREF (ABREVIADO)

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

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

DA1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

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

DA2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

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

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

DA3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

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

DA4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

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

DA5. O quanto você aproveita a vida?

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

DA6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

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

DA7. O quanto você consegue se concentrar?

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

DA8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

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

DA9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

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

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

DA10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

DA11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

DA12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

DA13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

DA14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer ?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

DA15. Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	bom	Muito bom
1	2	3	4	5

DA16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

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

DA17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

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

DA18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

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

DA19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

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

DA20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

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

DA21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

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

DA22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

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

DA23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

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

DA24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

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

EA25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

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

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

DA26 . Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
1	2	3	4	5



## ANEXO D - WHOQOL-OLD

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade. Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor, escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta. Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas.

EO1. Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

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

EO2. Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

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

EO3. Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

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

EO4. Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

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

EO5. O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

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

EO6. Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

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

EO7. O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

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

EO8. O quanto você tem medo de morrer?

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

EO9. O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremament e 5	<i>EODORESM</i> _____
-----------	------------------	--------------------	---------------	-----------------------	--------------------------

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

EO10. Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

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

EO11. Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

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

EO12. Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

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

EO13. O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

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

EO14. Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

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

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

EO15. Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

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

EO16. Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

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

EO17. Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

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

EO18. Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

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

EO19. Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

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

EO20. Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

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

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

EO21. Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

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

EO22. Até que ponto você sente amor em sua vida?

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

EO23. Até que ponto você tem oportunidades para amar?

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

---

EO24. Até que ponto você tem oportunidade para ser amado(a)?

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

**ANEXO E: ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – GDS (Abreviada)**

F1	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	(0) Sim	(1) NÃO
F2	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	(1) SIM	(0) Não
F3	Você sente que sua vida está vazia?	(1) SIM	(0) Não
F4	Você se aborrece com frequência?	(1) SIM	(0) Não
F5	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0) Sim	(1) NÃO
F6	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(1) SIM	(0) Não
F7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	(0) Sim	(1) NÃO
F8	Você sente que sua situação não tem saída?	(1) SIM	(0) Não
F9	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(1) SIM	(0) Não
F10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(1) SIM	(0) Não
F11	Você acha maravilhoso estar vivo?	(0) Sim	(1) NÃO
F12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(1) SIM	(0) Não
F13	Você se sente cheio de energia?	(0) Sim	(1) NÃO
F14	Você acha que sua situação é sem esperanças?	(1) SIM	(0) Não
F15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(1) SIM	(0) Não

**ESCORE: PONTUAÇÃO 5 – 6: PROVÁVEL DEPRESSÃO**

**ANEXO F - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – MIF**

	7 - Independência completa (em segurança, em tempo normal)	<b>Sem</b>
	6 - Independência modificada (ajuda técnica)	<b>Ajuda</b>
	DEPENDÊNCIA MODIFICADA	
	5- Supervisão	
<b>Níveis</b>	4- Dependência Mínima (indivíduo $\geq$ 75%)	
	3- Dependência Moderada (indivíduo $\geq$ 50%)	<b>Ajuda</b>
	2- Dependência Máxima (indivíduo $\geq$ 25%)	
	1- Dependência Total (indivíduo $\geq$ 0%)	
<b>G.A - Auto-Cuidados</b>		<b>Avaliação</b>

G1. Alimentação (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para se alimentar)
G2. Higiene pessoal (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para se escovar os dentes, escovar o cabelo, lavar as mãos, a face, barbear-se ou maquiarse?)
G3. Banho (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para se lavar, enxaguar e secar?)
G4. Vestir-se acima da cintura (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para vestir acima da cintura?)
G5. Vestir-se abaixo da cintura (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para vestir abaixo da cintura?)
G6. Uso do vaso sanitário (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para ajustar as roupas antes e depois do uso do vaso sanitário e para se limpar?)
<b>G.B - Controle de Esfínteres</b>
G7. Controle da Urina (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para controlar a urina?)
G8. Controle das Fezes (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para controlar as fezes?)
<b>G.C - Mobilidade</b>
<i>Transferências</i>
G9. Leito, cadeira, cadeira de rodas

(O Sr(a) precisa de alguma ajuda para entrar ou sair da cama, cadeiras ou cadeira de rodas?)
G10. Vaso sanitário (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para sentar ou levantar do vaso sanitário?)
G11. Banheira ou chuveiro (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para entrar ou sair do chuveiro ou banheira?)
<b>G.D – Locomoção</b>
G12. Marcha / Cadeira de rodas O Sr(a) precisa de alguma ajuda para locomover-se por 50 metros?
G13. Escadas O Sr(a) precisa de alguma ajuda para subir e descer 12 a 14 degraus?
<b>G.E - Comunicação</b>
G14. Compreensão (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para entender idéias complexas ou abstratas, tais como problemas familiares, eventos atuais ou finanças familiares?) - Auditiva - Visual
G15. Expressão (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para expressar idéias complexas ou abstratas, tais como problemas familiares, eventos atuais ou finanças familiares?) - Verbal - Não verbal
<b>G.F - Cognição Social</b>
G16. Interação Social (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para interagir com outras pessoas durante ocasiões sociais e terapêuticas?)
G17. Resolução de problemas (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para resolver problemas complexos como trabalhar com um check-list, contas ou confrontar problemas interpessoais?)
G18. Memória (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para lembrar-se de pessoas, tarefas ou pedidos?)
<b>Total</b>
Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não possível de ser testado, marque 1

## ANEXO G



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE  
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 12 de novembro de 2010.

Of. Nº.263/10/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.

Prezada Senhora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião realizada no dia 09/11/2010, **aprovou** o projeto de pesquisa: “**Qualidade de vida de idosos relacionada à capacidade funcional**”, protocolo nº.415/CEP-CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V. S<sup>a</sup>. e como pesquisadora Thais Ramos Pereira Vendruscolo, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

**Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.**

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laécio Joel Franco  
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.

Profª. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues  
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.