



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL**

CAROLINA REBELLATO

**PREDITORES DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS INDEPENDENTES
CADASTRADOS EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
ARARAS/SP**

**SÃO CARLOS – SP
2016**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL**

CAROLINA REBELLATO

**PREDITORES DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS INDEPENDENTES
CADASTRADOS EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
ARARAS/SP**

Tese apresentada na Defesa, junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutor em Educação Especial.

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura

Coorientadora: Profa. Dra. Anne Marie Germaine Victorine Fontaine

**SÃO CARLOS – SP
2016**

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R291p Rebellato, Carolina
 Preditores da participação social de idosos
 independentes cadastrados em estratégias de saúde da
 família do município de Araras/SP / Carolina
 Rebellato. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
 223 p.

 Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São
 Carlos, 2016.

 1. Idoso. 2. Participação social. 3.
 Envelhecimento ativo. 4. Fatores sociodemográficos.
 5. Condições de saúde. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Educação Especial

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a defesa de tese de doutorado do(a) candidato(a) Carolina Rebellato, realizada em 31/10/2016

Prof(a). Dr(a). Thelma Simões Matsukura
UFSCar

Prof(a). Dr(a). Keika Inoue
UFSCar

Prof(a). Dr(a). Sofia Cristina Iost Pavarini
UFSCar

Prof(a). Dr(a). Maria Helena Morgani de Almeida
USP

Prof(a). Dr(a). Marcella Guimarães Assis
UFMG

Prof(a). Dr(a). Anne Marie Germaine Victorine Fontaine
U.Porto

Certifico que a sessão de defesa foi realizada com a participação à distância dos membros Prof(a). Dr(a). Marcella Guimarães Assis e, depois das arguições e deliberações realizadas, o participante à distância está de acordo com o conteúdo do parecer da comissão examinadora redigido no relatório de defesa do(a) aluno(a) Carolina Rebellato.

Prof(a). Dr(a). Thelma Simões Matsukura

Presidente da Comissão Examinadora
UFSCar

AGRADECIMENTOS

À Deus pela fonte de inspiração e potência de vida.

Aos meus familiares e amigos pelo eterno incentivo, colaboração e apoio.

À Secretaria Municipal de Saúde de Araras/SP pela oportunidade de realização da pesquisa com os idosos cadastrados em unidades de Estratégias de Saúde da Família.

À equipe das unidades de Estratégias de Saúde da Família pela receptividade, contribuição no contato com os idosos e valorização da pesquisa.

Aos idosos e seus familiares pela confiança e disponibilidade de tempo que possibilitaram a realização desta pesquisa.

À Professora Dra. Thelma Simões Matsukura pela orientação, confiança, oportunidade de aprendizado, valorização da pesquisa, amizade, compromisso em despertar o meu interesse por uma área de pesquisa que pudesse seguir ao longo da minha carreira acadêmica e, sobretudo, referência em Terapia Ocupacional.

À Professora Dra. Anne Marie Germaine Fontaine pela coorientação, confiança, ensinamento e condução das análises de dados e dos melhores caminhos para a valorização dos resultados da pesquisa e, sobretudo, inspiração acadêmica.

À Professora Dra. Luci Fuscaldi Teixeira-Salmela que participou da banca de qualificação e colaborou imensamente com o direcionamento metodológico da pesquisa.

À Professora Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini que, desde o início da pesquisa, também como membro da banca de qualificação e de defesa, apontou caminhos de forma amigável e competente para o desenvolvimento da pesquisa e, sobretudo, pelo exemplo de docente, pesquisadora e profissional em Gerontologia.

À Professora Dra. Keika Inouye que, com profundo conhecimento em Gerontologia, gentilmente colaborou com o aprofundamento teórico e metodológico, tanto na ocasião da qualificação quanto na defesa da tese, além de traçar caminhos para continuidade da pesquisa.

À Professora Dra. Maria Helena Morgani de Almeida que participou da banca de defesa da tese oferecendo, de forma amigável, contribuições relevantes para a discussão da pesquisa e perspectivas futuras de estudos na área, além de ter colaborado, desde o início de minha carreira profissional, com o entusiasmo em trabalhar com idosos.

À Professora Dra. Marcella Guimarães Assis por ter aceitado participar como membro suplente no exame de qualificação e efetivo no exame de defesa, pelo seu empenho e disponibilidade de tempo despendido para a correção e sugestões sobre a organização e discussão dos resultados, contribuindo para enaltecer a pesquisa.

À Professora Dra. Ana Lúcia Rositto pela disponibilidade em participar da banca examinadora na qualificação e defesa como membro suplente e, notadamente, pela importância que possui para a Educação Especial no Brasil.

À Professora Dra. Grasielle Silveira Tavares Paulin pela disponibilidade em participar da banca examinadora na ocasião da defesa da tese como membro suplente e, especialmente, pela importância que possui para a pesquisa e atuação do Terapeuta Ocupacional em Gerontologia.

À Universidade Federal do Rio de Janeiro por ter possibilitado o afastamento de minhas atividades acadêmicas por 4 meses para a finalização do doutorado.

Ao colegiado do Departamento de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro pelo incentivo e apoio. E, em especial, aos colegas que deram continuidade as minhas atividades acadêmicas na disciplina de Terapia Ocupacional nas Disfunções Neurológicas, preceptoria de estágio em neurologia e gerontologia no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Projeto de extensão Terapia Ocupacional na Saúde do Idoso na Vila Residencial, tutoria dos estudantes e Comissão de Estágio, no período anterior e de meu afastamento.

À equipe do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE de Araras/SP pela colaboração técnica no levantamento dos indicadores sociodemográficos da população idosa no município.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental da Universidade Federal de São Carlos pelo acolhimento, parceria, apoio e amizade, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa de forma mais segura e, ao mesmo tempo, leve.

Aos docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial que incentivaram e contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

À Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial que prontamente sempre procurou responder e resolver todas as minhas dúvidas burocráticas e solicitações.

À Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – seção Rio de Janeiro pela confiança, apoio e paciência nesse período de desenvolvimento da pesquisa.

Aos integrantes do Laboratório Multidisciplinar em Pesquisas do Envelhecimento – LAMPE, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pelo incentivo.

À CAPES pelo apoio financeiro no período de 01/12/2013 a 30/09/2014.

À todos que, de alguma forma, acreditaram e apoiaram este trabalho, contribuindo com o meu aprendizado e sucesso da pesquisa.

À todos, muito obrigado!

RESUMO

A participação social, além de ser considerada um dos principais objetivos da reabilitação, é definida pela literatura científica e políticas públicas específicas para a população idosa como um dos pilares para o envelhecimento ativo. Entretanto, poucos estudos têm investigado a participação social da população idosa brasileira e seus preditores. O objetivo deste estudo foi identificar os preditores da variação da participação social de idosos independentes cadastrados em unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESFs) do município de Araras/SP. Além de avaliar as dimensões do LIFE-H 3.1-Brasil e a sua fiabilidade; caracterizar o perfil da população; identificar associações entre as condições sociodemográficas, de saúde, percepção de solidariedade intergeracional e qualidade de vida e comparar níveis de participação social entre subgrupos de idosos. Participaram 175 idosos cadastrados em 10 ESFs de todas as regiões da cidade. Os dados foram coletados por meio de ficha de identificação contendo variáveis sociodemográficas, de saúde, aspectos da solidariedade intergeracional familiar entre pais e filhos e percepção de qualidade de vida, além dos seguintes instrumentos padronizados: Escala de Depressão Geriátrica, Escala de Katz, Mini Exame do Estado Mental e do LIFE-H 3.1-Brasil, que avalia a participação social. A análise dos dados foi descritiva, comparativa, correlacional e multivariada realizada no SPSS v23.0. A avaliação dos preditores da participação social foi conduzida pela Análise de Regressão Linear, considerando, as dimensões do LIFE-H 3.1 extraídas previamente da Análise Fatorial do instrumento, a saber: *Cuidados Pessoais, Comunidade, Recreação e Comunicação*, além da avaliação global da participação social que envolveu essas quatro dimensões (*LIFE-H Total*). A análise fatorial e da consistência interna das dimensões do LIFE-H 3.1-Brasil apontam para a fiabilidade dos dados e utilização do instrumento em idosos independentes. A associação entre as variáveis contribuiu para identificar fatores relacionados à condição de saúde e doença dessa população, reforçando a influência de fatores contextuais nessa fase da vida. Os principais resultados revelaram diferenças de médias de participação social em função de diferentes variáveis, com destaque para o estado civil, escolaridade, região da cidade onde mora, solidariedade intergeracional, comorbidades, presença de sintomatologia depressiva, capacidade cognitiva, prática de atividade física e percepção subjetiva de qualidade de vida, que foram confirmadas no estudo de correlação. As variáveis que atuaram como preditores da participação social global (*LIFE-H Total*) foram viver em determinadas regiões da cidade, prática de atividade física, número de doenças, capacidade cognitiva, idade, sintomatologia depressiva, avaliação subjetiva de qualidade de vida e viuvez, nessa ordem. As variáveis regiões da cidade, prática de atividade física, capacidade cognitiva e avaliação subjetiva de qualidade de vida agiram de forma positiva, enquanto que as outras variáveis atuaram negativamente na variação da participação social. Este estudo revela a complexidade e multidimensionalidade da participação social de idosos e a influência de determinantes pessoais e ambientais, que, em sua maioria, podem ser modificáveis. Discute-se que a maximização de ações e programas destinados ao cuidado, principalmente, de saúde do idoso de forma preventiva e de investimentos no território, como melhorias de infraestrutura, segurança e implementação de serviços podem ser de grande valia para a viabilidade de maior participação social desta população. Indica-se a continuidade de estudos para o aprofundamento teórico e empírico sobre o tema, sobretudo de natureza quali-quantitativa e longitudinais para apreensão das mudanças, tendências e preditores da participação social de idosos de diferentes graus de funcionalidade e condição de saúde.

Palavras-chave: Idoso. Participação Social. Envelhecimento Ativo. Fatores Sociodemográficos. Condições de Saúde. Solidariedade Familiar Intergeracional.

ABSTRACT

Social participation, besides being considered one of main goals of rehabilitation, is defined by scientific literature and some specific public policies for the elderly as one of the pillars to active aging. Nevertheless, few studies have investigated the social participation of Brazilian elderly population and its predictors. The objective of this present study was to identify the predictors of variation of the social participation of independent elderly enrolled in Family Health Strategies units in the municipality of Araras/SP. Besides investigating the dimensions of LIFE-H 3.1-Brazil and its reliability; to characterize the profile of the elderly population; to identify associations between socio-demographic, health conditions, perception of intergenerational solidarity and quality of life and to compare levels of social participation amongst elderly sub-groups. A total of 175 elderly, registered in 10 Family Health Strategies of all regions of the city have participated in the present study. All data have been collected through identification form, containing social-demographic variables, from health, familiar intergenerational solidarity aspects, among parents and children, perception of quality of life, besides the following standardized instruments: Geriatric Depression Scale, Katz Scale, Mini Mental State Examination, and LIFE-H 3.1-Brasil which evaluates social participation. Data analysis has been descriptive, comparative, correlational e multivariate performed on SPSS v23.0. The evaluation of predictors of social participation was conducted by Linear Regression Analysis, taking into account the dimension of LIFE-H 3.1 previously extracted from Factor Analysis, namely: *Personal Care, Community, Recreation and Communication*, apart from global evaluation of social participation which involved these four dimensions (*LIFE-H Total*). The factorial analysis and the internal consistency of the dimensions of LIFE-H 3.1-Brazil confirm the reliability of data and utilization of such instrument in independent elderly. The association among the variables contributed to identify the factors related to health and disease condition of such population, strengthening the influence of contextual factors in this life period. Main results revealed average variations of social participation due to different variables, with special highlight on marital status, schooling, city district where he/she lives, familiar intergenerational solidarity, comorbidities, presence if depressive symptomatology, cognitive ability, physical activities practicing and subjective perception of quality of living, which were confirmed in the correlation study. The variables which acted as predictors of global social participation (*LIFE-H Total*) were living in specific city districts, physical activities practicing number of diseases, cognitive ability, age, depressive symptomatology, subjective evaluation of quality of life and widowhood, in that order. The variables city district, physical activity practicing, cognitive ability and subjective evaluation of quality of living acted positively, whilst other variables acted negatively in the social participation variation. This study reveals the complexity and multidimensionality of elderly social participation and the influence of personal and environmental determining factors which, mostly, could be modifiable. It is argued that maximization of actions e programs destined mainly to elderly preventive health care along with investments in infrastructure, safety and implementation of services may be of great value to the feasibility of greater social participation of such population. The continuity of these studies is desirable for deeper theoretical and empirical understanding such theme, overall the qualitative and longitudinal nature to the seizure of changes, tendencies and predictors of elderly social participation in different degrees of functionality and health condition.

Keywords: Elderly. Social Participation. Active Aging. Sociodemographic Factors. Health Condition. Familiar Intergenerational Solidarity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1 – O Processo de Incapacidade: Modelo de Referência.....	27
Figura 4.1.1 – Cartograma do número de idosos da região urbana de Araras/SP.....	41
Figura 5.1.4.1 – Correlações entre as variáveis do MEEM.....	69
Figura 5.1.7.2.1 – Correlações entre as variáveis do LIFE-H.....	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1.1 – População da região urbana de Araras/SP.....	41
Tabela 4.1.2 – Número de idosos cadastrados em cada ESF da zona urbana de Araras/SP.....	43
Tabela 4.1.3 – Distribuição dos participantes por região do município (n = 175).....	43
Tabela 5.1.1.1 – Frequência dos itens da Avaliação subjetiva de saúde (n = 175).....	64
Tabela 5.1.3.1 – Estrutura fatorial da EDG-15 (2 fatores).....	66
Tabela 5.1.4.1 – Estrutura fatorial do MEEM (2 fatores).....	68
Tabela 5.1.4.2 – Dados descritivos dos Fatores do MEEM e do instrumento com 16 itens.....	69
Tabela 5.1.5.1 – Frequência do item da Avaliação subjetiva de qualidade de vida (n = 175).....	70
Tabela 5.1.6.1.1 – Frequência dos itens da Escala de Solidariedade Intergeracional (n = 163)....	71
Tabela 5.1.6.2.1 – Estrutura fatorial dos itens da Escala de Solidariedade Intergeracional (1 fator).....	72
Tabela 5.1.7.1.1 – Valores dos domínios e subgrupos do LIFE-H 3.1-Brasil.....	73
Tabela 5.1.7.2.3 – Estrutura fatorial do LIFE-H 3.1-Brasil (5 fatores).....	79
Tabela 5.1.7.2.4 – Dados descritivos dos Fatores 1, 2, 3, 4 e do LIFE-H 3.1-Brasil com 42 itens.....	83
Tabela 5.2.1 – Caracterização dos idosos segundo os fatores sociodemográficos (n = 175).....	84

Tabela 5.2.2 – Caracterização dos idosos segundo as condições de saúde (n = 175).....	86
Tabela 5.3.1 – Correlação entre variáveis sociodemográficas, de saúde, solidariedade intergeracional e qualidade de vida.....	89
Tabela 5.4.1 – Comparação entre as variáveis sociodemográficas, de saúde, solidariedade intergeracional e qualidade de vida e as dimensões do LIFE-H 3.1-Brasil.....	96
Tabela 5.5.1 – Correlação entre as variáveis sociodemográficas, de solidariedade intergeracional, de saúde e qualidade de vida e os fatores do LIFE-H 3.1-Brasil.....	101
Tabela 5.5.2 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) do <i>LIFE-H Total</i> com as variáveis sociodemográficas.....	104
Tabela 5.5.3 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) do <i>LIFE-H Total</i> com as variáveis de saúde.....	104
Tabela 5.5.4 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) do <i>LIFE-H Total</i> com a solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva de qualidade de vida.....	105
Tabela 5.5.5 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) global do <i>LIFE-H Total</i>	105
Tabela 5.5.6 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) final do <i>LIFE-H Total</i>	106
Tabela 5.5.7 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) da dimensão <i>Cuidados Pessoais</i> com as variáveis sociodemográficas.....	107
Tabela 5.5.8 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) da dimensão <i>Cuidados Pessoais</i> com as variáveis de saúde.....	108

Tabela 5.5.9 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) da dimensão <i>Cuidados Pessoais</i> com a solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva de qualidade de vida.....	108
Tabela 5.5.10 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) global da dimensão <i>Cuidados Pessoais</i>	109
Tabela 5.5.11 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) final da dimensão <i>Cuidados Pessoais</i>	110
Tabela 5.5.12 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) da dimensão <i>Comunidade</i> com as variáveis sociodemográficas.....	111
Tabela 5.5.13 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) da dimensão <i>Comunidade</i> com as variáveis de saúde.....	111
Tabela 5.5.14 – Regressão linear (método <i>ENTER</i>) da dimensão <i>Comunidade</i> com a solidariedade intergeracional.....	112
Tabela 5.5.15 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) global da dimensão <i>Comunidade</i>	112
Tabela 5.5.16 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) final da dimensão <i>Comunidade</i>	113
Tabela 5.5.17 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) da dimensão <i>Recreação</i> com as variáveis sociodemográficas.....	114
Tabela 5.5.18 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) da dimensão <i>Recreação</i> com as variáveis de saúde.....	114
Tabela 5.5.19 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) da dimensão <i>Recreação</i> com a solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva de qualidade de vida.....	115

Tabela 5.5.20 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) global da dimensão <i>Recreação</i>	116
Tabela 5.5.21 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) final da dimensão <i>Recreação</i>	116
Tabela 5.5.22 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) da dimensão <i>Comunicação</i> com as variáveis sociodemográficas.....	117
Tabela 5.5.23 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) da dimensão <i>Comunicação</i> com as variáveis de saúde.....	118
Tabela 5.5.24 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) da dimensão <i>Comunicação</i> com a solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva de qualidade de vida.....	118
Tabela 5.5.25 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) global da dimensão <i>Comunicação</i>	119
Tabela 5.5.26 – Regressão linear múltipla (método <i>ENTER</i>) final da dimensão <i>Comunicação</i> ..	120
Tabela 5.5.27 – Coeficiente de correlação padronizado das análise de regressões multivariadas finais dos fatores sociodemográficos, de saúde, de solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva da qualidade de vida sobre a participação social.....	121

LISTA DE QUADROS

Quadro 4.1.1 – Indicadores econômicos e sociais do município de Araras/SP.....	39
Quadro 4.1.2 – Indicadores demográficos do município de Araras/SP.....	40
Quadro 4.3.5.1 – Número de itens e exemplos de hábitos de vida abordados em cada domínio do LIFE-H 3.1-Brasil.....	51
Quadro 4.3.5.2 – Descrição das categorias de pontuação.....	52
Quadro 5.1.7.2.1 – Frequência de respostas dos itens do LIFE-H 3.1-Brasil (subgrupo Atividades Diárias).....	75
Quadro 5.1.7.2.2 – Frequência de respostas dos itens do LIFE-H 3.1-Brasil (subgrupo Papéis Sociais)	76

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
1 INTRODUÇÃO.....	20
2 OBJETIVOS.....	38
2.1 Objetivo geral.....	38
2.2 Objetivos específicos.....	38
3 HIPÓTESES.....	38
4 MÉTODO.....	39
4.1 Contexto.....	39
4.2 Participantes.....	44
4.3 Instrumentos.....	44
4.3.1 Variáveis sociodemográficas.....	44
4.3.2 Variáveis de saúde.....	45
4.3.2.1 Avaliação subjetiva de saúde.....	45
4.3.2.2 Escala de Katz.....	45
4.3.2.3 Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens – EDG – 15.....	46
4.3.2.4 Mini-Exame do Estado Mental.....	47
4.3.3 Avaliação subjetiva de qualidade de vida.....	49
4.3.4 Solidariedade Intergeracional.....	49
4.3.5 LIFE-H 3.1-Brasil.....	51
4.4 Procedimentos.....	54
4.4.1 Aspectos Éticos.....	54
4.4.2 Aplicação Piloto.....	54
4.4.3 Localização dos participantes.....	55
4.4.4 Coleta de dados.....	56
4.4.5 Definição operacional das variáveis.....	57
4.5 Análise dos dados.....	60
5 RESULTADOS.....	62
5.1 Dimensões dos instrumentos utilizados e sua fiabilidade.....	62
5.1.1 Avaliação subjetiva de saúde.....	64

5.1.2	Escala de Katz.....	64
5.1.3	Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens (EDG-15).....	65
5.1.4	Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).....	66
5.1.5	Avaliação subjetiva de qualidade de vida.....	70
5.1.6	Escala de Solidariedade Intergeracional (SI).....	70
5.1.6.1	Análise descritiva dos itens da Escala de Solidariedade Intergeracional.....	70
5.1.6.2	Estrutura fatorial da dimensão de Solidariedade Intergeracional.....	72
5.1.7	LIFE-H 3.1-Brasil.....	73
5.1.7.1	Análise descritiva dos domínios do LIFE-H 3.1-Brasil.....	73
5.1.7.2	Estrutura fatorial do LIFE-H 3.1-Brasil.....	74
5.2	Perfil da população idosa.....	84
5.3	Associações entre condições sociodemográficas, de saúde, percepção de solidariedade intergeracional e qualidade de vida.....	87
5.4	Análise comparativa entre participação social e variáveis sociodemográficas, de saúde, de solidariedade intergeracional e de qualidade de vida.....	95
5.5	Preditores da variação da participação social entre idosos independentes cadastrados em Estratégias de Saúde da Família.....	100
6	DISCUSSÃO.....	122
6.1	Perfil da população idosa e associações entre as variáveis sociodemográficas, de saúde, de solidariedade intergeracional e de qualidade de vida.....	122
6.2	Comparação entre níveis de participação social em função de variáveis sociodemográficas, de saúde, de solidariedade intergeracional e de qualidade de vida.....	136
6.3	Preditores da variação da participação social em idosos independentes cadastrados em Estratégias de Saúde da Família.....	161
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	172
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	179
	APÊNDICE A – PROTOCOLO UTILIZADO PARA A COLETA DE DADOS.....	218

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa de doutorado é resultado do meu interesse pessoal combinado com o percurso profissional, que certamente foi influenciado pelo primeiro. Venho de uma família italiana bastante numerosa, tive a oportunidade de conhecer um bisavô e ter contato próximo com três avós, além de muitos tios-avôs. Morava em uma cidade de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo e parte da família morava em único quarteirão da cidade. O quintal da casa do meu avô tinha ligação, aliás, tem ligação até hoje, com o quintal de mais dois tios-avôs. As visitas e almoços em família eram frequentes e contava com a presença de pessoas de diferentes gerações.

Essa convivência tão próxima me instigava a querer entender por que as pessoas envelheciam, por que algumas envelheciam com saúde e outras não, por que muitos idosos eram “abandonados”, por que existiam os asilos, por que muitos continuavam trabalhando, outros passeando e outros dentro de casa. Enfim, tentava entender não só as vicissitudes do processo de envelhecimento, mas também a influência dos fatores contextuais. Meus pais sempre nos ensinaram (a mim e minhas irmãs) a respeitar as pessoas, sobretudo os mais velhos. Nasci no início da década de 80 e, cresci com essas orientações e vivências familiares positivas, mas, de fato, pouco ouvi dizer sobre a população idosa durante a minha formação acadêmica. Foi uma experiência ali e outra acolá, mas o interesse em compreender a velhice não diminuiu.

Durante a graduação em Terapia Ocupacional, na Universidade Federal de São Carlos, nas disciplinas “Terapia Ocupacional aplicada ao Adulto e Velhice I” e “Terapia Ocupacional aplicada ao Adulto e Velhice II”, tive a possibilidade de discutir crítica e reflexivamente os conceitos legais, teóricos e práticos voltados a essa população, o que estimulou ainda mais o meu interesse pela Gerontologia. Nesse momento, realizei a minha primeira prática supervisionada, que foi com uma senhora com declínio cognitivo. Além do conteúdo apresentado e discutido em sala de aula, tive a necessidade de me aprofundar sobre certos conteúdos para conseguir atender as necessidades da senhora e, também da sua família. Percebi que as minhas dúvidas eram as dúvidas da família, como o processo de envelhecimento, presença de doenças e as possibilidades legais de assistência. Enfim, as discussões sobre a velhice, suas limitações, os direitos e possibilidade de apoio formal a esta população ainda não estavam totalmente esclarecidas e

implementadas. Naquela época, durante essa primeira experiência, comecei a entender a importância da manutenção das atividades significativas para a saúde e bem-estar do idoso.

Em seguida, fui fazer estágio extracurricular em uma empresa particular que oferecia atendimento multidisciplinar na área de saúde e equipe de cuidadores formais para idosos institucionalizados e não institucionalizados, da cidade de São Paulo e grande São Paulo. Busquei esse estágio com o objetivo principal de conhecer melhor a atuação prática de terapeutas ocupacionais com idosos, uma vez que nessa empresa havia pelo menos 5 terapeutas ocupacionais trabalhando. Essa oportunidade resultou no meu ingresso profissional no local assim que finalizei a graduação.

Em seguida iniciei a especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP / USP). Na especialização, tive a possibilidade de estudar as bases conceituais da Saúde Pública, as bases teóricas de assistência à pessoa idosa, o processo de envelhecimento populacional do Brasil e do mundo; os acordos, as diretrizes e as políticas internacionais e nacionais específicas para a população idosa e atuação de diferentes profissionais nos serviços de assistência social e de saúde a essa população. O tema da minha monografia foi “Grupo Intergeracional: discutindo possibilidades terapêuticas para idosos institucionalizados”, sob a orientação da Terapeuta Ocupacional Maria Helena Morgani de Almeida. Essa pesquisa qualitativa teve como objetivo principal verificar a opinião dos idosos sobre a dinâmica e benefícios de um grupo de atividades, que acontecia quinzenalmente com a presença de crianças pré-escolares. Tive a oportunidade de coordenar esse grupo e verificar que a participação efetiva dos idosos em atividades sociais era favorável à sua saúde e, o contato das crianças com os idosos poderia favorecer a mudança de atitudes em relação à população idosa.

Trabalhei como terapeuta ocupacional em 4 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), privadas e filantrópicas, e, em atendimentos particulares sempre priorizando a participação dos idosos em atividades significativas, sejam atividades básicas ou instrumentais de vida diária ou de papéis sociais. Essas experiências, que ocorreram ao longo de 10 anos, me possibilitaram um grande crescimento pessoal e profissional; o contato com diferentes atores: idosos, familiares, profissionais de diversas áreas de atuação, cuidadores, gestores e pesquisadores, estimulou o meu interesse em seguir a carreira acadêmica e, priorizar o estudo sobre a participação dos idosos na sociedade.

Nesse momento, participei do I Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos e, durante o evento, fui informada que seria aberto o primeiro curso de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional do Brasil na UFSCar. No ano seguinte, em 2010, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, o que me permitiu compreender a importância da realização de pesquisas de forma indissociada das necessidades práticas. A realização das disciplinas, em particular as disciplinas “Terapia Ocupacional: Contextos e Tendências” e “Desenvolvimento Humano: Ciclo de Vida e Cotidiano” colaboraram para ampliar a minha visão sobre os paradigmas e perspectivas teóricas e metodológicas da profissão e as concepções sobre o desenvolvimento humano, ciclo de vida e cotidiano atrelados à realidade social, o que estava em concordância com as minhas convicções pessoais. A minha dissertação, intitulada “Relações entre papéis ocupacionais e qualidade de vida em idosos independentes, residentes na comunidade: um estudo seccional”, foi orientada pelo Prof. Dr. Jorge Oishi e co-orientada pela Profa Dra. Maria Luisa Guillaumon Emmel. A amostra desse estudo foi composta por 67 idosos vinculados a uma associação de aposentados e pensionistas. Dentre outros resultados, foi constatado que, apesar do engajamento em papéis ocupacionais estar relacionado à qualidade de vida, muitos idosos perderam papéis ao longo do processo de envelhecimento e estavam envolvidos apenas em atividades domésticas e de lazer passivo.

Esses achados incitaram o meu interesse em estudar e pesquisar sobre a participação social de idosos de forma mais ampla e, analisar os fatores que poderiam influenciar nesse processo, o que deu início ao projeto de doutorado. Em 2013, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, da Universidade Federal de São Carlos, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Luisa Guillaumon Emmel, que se aposentou pouco tempo depois. A Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura, apesar de atuar em área distinta da gerontologia, assumiu brilhantemente a minha orientação e, durante as nossas conversas sobre a velhice e participação social, apontou que talvez o suporte social informal, oferecido pelos filhos aos seus pais idosos, poderia influenciar na participação social de idosos residentes na comunidade.

Em abril de 2014, a Profa. Thelma, conhecendo os trabalhos de referência da Profa. Dra. Anne Marie Germaine Fontaine, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, sobre Solidariedade Familiar Intergeracional em todo o continente Europeu, sugeriu a sua coorientação para o desenvolvimento da minha pesquisa.

Senti-me honrada pela oportunidade de convívio e aprendizado com essas pessoas de notório conhecimento e profissionalismo, tendo a possibilidade de ampliar os meus horizontes sobre a ética na pesquisa, necessidade de rigor metodológico e análise de dados quantitativos.

Apesar do objetivo da pesquisa estar direcionado a população idosa, o estudo demonstra pertinência para a área de *Educação Especial* e para a linha de pesquisa selecionada, “*Atenção primária e secundária em Educação Especial: prevenção de deficiências*”.

Hoje, a aprendizagem ao longo da vida é considerada um dos pilares para o Envelhecimento Ativo, segundo a Organização Mundial de Saúde (ILC-BRASIL, 2015). A aprendizagem formal e informal sustenta os pilares da saúde, segurança e participação social, na medida em que, instrumentaliza os indivíduos no que tange as suas condições de saúde/doença, estilo de vida, empregabilidade, além de contribuir para a manutenção econômica, engajamento social, empoderamento, segurança pessoal, bem-estar e solidariedade entre gerações (ILC-BRASIL, 2015).

Além disso, os idosos, por todas as suas particularidades, decorrentes da própria história heterogênea de vida, necessitam de processos de avaliação, intervenção e de serviços especializados capazes de atender suas necessidades. Os diferentes profissionais que atuam no campo da Gerontologia precisam compreender a importância dos processos educacionais para eliminar preconceitos e possibilitar a participação efetiva do idoso nas diferentes esferas sociais. Ademais, o estudo acerca do processo de envelhecimento pode possibilitar a construção de uma sociedade mais inclusiva para todos.

Eu espero que este estudo contribua para profissionais da área de Gerontologia, incentivando o desenvolvimento de novas pesquisas teóricas e empíricas sobre o tema, além de debates e ações que colaborem com a participação social de idosos em todas as esferas da sociedade.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial incontestável. No Brasil, o número de idosos ultrapassa os 20 milhões, correspondendo a 10,8% do total da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2011). Estima-se que, para os próximos 10 anos, a população acima dos 60 anos poderá exceder 32 milhões de pessoas, chegando a representar quase 13% da população em 2024 (IBGE, 2009).

Por ocorrer de forma vertiginosa e sem preparo adequado (VERAS, 2009), essa transição demográfica, predominantemente resultante da persistente redução das taxas de fecundidade e mortalidade (IBGE, 2009, 2011), tem despertado a atenção e preocupação do homem (FREITAS *et al.*, 2002a) e, conseqüentemente, motivado a realização de pesquisas em diversos segmentos profissionais (PRADO, SAYD, 2006).

A incorporação de questões referentes ao envelhecimento populacional nas políticas públicas no Brasil é recente e foi fruto de pressões e influência da sociedade civil (IPEA, 2004). No que se refere a uma parte de seus pressupostos, as políticas públicas brasileiras da área destacam a importância da participação e convívio social do idoso para a promoção do envelhecimento saudável e ativo (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], 2005; BRASIL, 2006).

A Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), que atribui à família, a sociedade e ao estado o dever de garantir ao idoso todos os direitos da cidadania, tem como objetivo principal “*assegurar os direitos sociais do idoso criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade*” (BRASIL, 1994, Art. 1º).

Entre as diretrizes dessa política estão a priorização do atendimento ao idoso no seio de suas famílias, em detrimento do atendimento asilar; viabilização de modos alternativos de participação, ocupação e convívio do idoso que estimule o relacionamento intergeracional; implementação de centros de convivência, centros-dia, hospitais-dia, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho e atendimento domiciliário, além de incentivar e propiciar a participação do idoso, tanto no planejamento quanto na criação e desenvolvimento, em atividades culturais, esportivas e de lazer (BRASIL, 1994).

No Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), que tem como objetivo assegurar facilidades e oportunidades para a preservação da saúde física e mental e do aperfeiçoamento moral, espiritual,

intelectual e social a todos os cidadãos a partir dos 60 anos de idade, é atribuído à família, comunidade, sociedade e Poder Público a obrigação de garantir ao idoso a efetivação de seus direitos fundamentais, a saber: os direitos à vida, cidadania, liberdade, dignidade, alimentação, saúde, trabalho, cultura, educação, lazer, esporte e convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

No que se refere à participação social, é prioridade, dentre outros aspectos, a viabilização de formas alternativas de participação e convívio do idoso com outras gerações; criação de oportunidades de acesso à educação; direito ao trabalho e profissionalização; preparação para a aposentadoria reduzindo os riscos de desengajamento e isolamento social; e estímulo a participação em eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer (BRASIL, 2003).

Em 2005, a Política de Envelhecimento Ativo, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), enfatiza que envelhecer faz parte de uma construção coletiva e que deve ser facilitado pelas políticas públicas e pelo aumento de iniciativas sociais e de saúde ao longo do curso de vida, com base na participação contínua dos cidadãos na sociedade (OMS, 2005).

Essa política busca dar informações para a discussão e formulação de planos de ação que promovam um envelhecimento saudável e ativo. Para tanto, reconhecem a necessidade de incentivar e equilibrar responsabilidade pessoal (cuidado consigo mesmo), ambientes amistosos para a faixa etária, solidariedade entre gerações e ações intersetoriais. O documento enfatiza que *“a participação integral em atividades socioeconômicas, culturais e espirituais, conforme seus direitos humanos fundamentais, capacidades, necessidades e preferências”* (OMS, 2005, p. 46) é um dos pilares para o envelhecimento ativo (OMS, 2005).

Algumas das principais propostas da Política de Envelhecimento Ativo (OMS, 2005) são:

- Incentivar a participação integral dos idosos na vida familiar e comunitária;
- Reduzir os riscos da solidão e do isolamento social, oferecendo, por exemplo, programas comunitários e a estimulação da interação intergeracional;
- Propiciar educação e oportunidades de aprendizagem durante o curso da vida;
- Reconhecer e permitir a participação ativa de pessoas idosas nas atividades de desenvolvimento econômico, trabalho formal e informal e atividades voluntárias, de acordo com suas necessidades individuais, preferências e capacidade;
- Oferecer ambientes e transporte seguro e apropriado para idosos;

- Implementar políticas e programas que melhorem a qualidade de vida de pessoas com deficiência e doenças crônicas, oferecendo dentre outros aspectos, mudanças no ambiente, oferta de serviços de reabilitação e apoio comunitário.

A pessoa idosa na Política de Envelhecimento Ativo é reconhecida como uma protagonista ativa e tem direitos à igualdade de oportunidades em todos os aspectos da vida à medida que envelhece (OMS, 2005; KANASHIRO, 2012).

É importante destacar que, em 2015, o Marco Político do Envelhecimento Ativo (OMS, 2005) foi atualizado por meio de um relatório produzido pelo Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil). Nesse relatório, Kalache destaca que o “Envelhecimento Ativo, tanto como conceito quanto como ferramenta, evoluiu e continuará a evoluir no contexto das mudanças do cenário político e social” (ILC-BRASIL, 2015, prefácio).

Nessa perspectiva, foi incluída na definição de envelhecimento ativo a aprendizagem ao longo da vida, reconhecida como a base de sustentação dos outros pilares. Assim, o envelhecimento ativo fundamenta-se no *“processo de otimização das oportunidades para a saúde, a aprendizagem ao longo da vida, a participação e a segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem”* (ILC-BRASIL, 2015, p.44).

Dando seguimento ao aporte legal, em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa cuja finalidade primordial é *“recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”* (BRASIL, 2006, p.3). De acordo com essa política, é preciso compreender que o conceito de saúde para o indivíduo idoso ultrapassa as questões sobre doença e está diretamente relacionada com a sua autonomia e independência (BRASIL, 2006).

Na perspectiva da promoção do envelhecimento ativo e saudável, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa sugere aproveitar todas as oportunidades para valorizar e respeitar a velhice; estimular a solidariedade para com esse grupo etário; facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos e conselhos comunitários; reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos idosos em seus planos de cuidado; implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença e investir na promoção da saúde em todas as idades (BRASIL, 2006).

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa define-se que a Atenção Básica, realizada prioritariamente pela Estratégia de Saúde da Família, é a porta de entrada para a atenção à saúde da população idosa, tendo como referência a rede de serviços especializados de média e alta complexidade (BRASIL, 2006). A Política Nacional de Atenção Básica, que foi regulamentada em março de 2006, é caracterizada “*por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde*” (BRASIL, 2012, p.19). Para as ações de cuidados considera a singularidade, a integralidade e o contexto sociocultural do indivíduo.

Relativamente à população idosa, a heterogeneidade desse grupo etário deve ser ponderada em todos os seus aspectos para a adequada formulação de políticas de saúde e para a atenção integral e integrada à saúde do idoso, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades (LOURENÇO et al., 2005; BRASIL, 2006). Para tanto, faz-se necessário compreender o processo de envelhecimento considerando a integração entre aspectos pessoais e contextuais, com ênfase na funcionalidade e participação dos indivíduos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial da Saúde, é o modelo e sistema de classificação mais amplamente utilizado para a compreensão da funcionalidade humana (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], 2003; FARIAS, BUCHALLA, 2005; SAMPAIO, LUZ, 2009; LEVASSEUR, DESROSIERS, WHITENECK, 2010).

A CIF classifica a saúde e os estados a ela relacionados dentro de uma abordagem biopsicossocial. Portanto, considera a funcionalidade e a incapacidade como processos dinâmicos que se relacionam com as *Funções e estruturas do corpo, Atividade e Participação* e com os fatores contextuais, representados pelos *Fatores ambientais* e *Fatores pessoais* (OMS, 2003).

A CIF representa uma mudança de paradigma na medida em que substituiu o enfoque negativo da deficiência, compreende a influência dos fatores contextuais e determina que o desempenho em atividades e a participação do indivíduo são componentes primordiais para estabelecer a condição de saúde ou doença (FARIAS, BUCHALLA, 2005). No entanto, essa classificação tem sido criticada, principalmente, por não distinguir os domínios do componente

Atividade e Participação (FARIAS, BUCHALLA, 2005; REED *et al.*, 2005; DIJKERS, 2010; LEVASSEUR, DESROSIERS, WHITENECK, 2010; LEVASSEUR *et al.*, 2010).

O conceito de *Participação* na CIF é definido como “o envolvimento em uma situação da vida” (OMS, 2003, p.25) e, o seu oposto, *Restrições de participação* “são problemas que um indivíduo pode experimentar ao se envolver em situações de vida” (OMS, 2003, p.21). Para Dijkers (2010), ambas as definições são gerais e não possibilitam a compreensão da complexidade do envolvimento do indivíduo na sociedade, o que dificulta a sua avaliação (DIJKERS, 2010).

Contudo, a literatura internacional tem estabelecido que a participação é um dos principais resultados da reabilitação e da atenção em outros serviços de assistência médica e social (UTZ *et al.*, 2002; MARS *et al.*, 2008; DIJKERS, 2010; LEVASSEUR, DESROSIERS, WHITENECK, 2010; LEVASSEUR *et al.*, 2010; SEEKINS *et al.*, 2012), e que medir a participação possibilita acompanhar não só a evolução do indivíduo, mas também a qualidade dos serviços oferecidos (LEVASSEUR *et al.*, 2010, TSE *et al.*, 2013).

O interesse acerca do tema participação social é relativamente novo e engloba a comunidade mundial (OMS, 2003; SEEKINS *et al.*, 2012; PIŠKUR *et al.*, 2014), assim, o campo ainda está buscando um consenso em relação ao termo, definição e sua operacionalização (DIJKERS, 2010). O termo Participação Social vem sendo utilizado na literatura científica de forma progressiva, mas ainda são encontradas diferentes denominações para representar esse conceito, tais como: integração social, integração comunitária, envolvimento comunitário, engajamento social (LEVASSEUR *et al.*, 2010) e, apesar das controvérsias, alguns autores também utilizam como sinônimos os termos Participação e Participação Social (LEVASSEUR *et al.*, 2010; FOUGEYROLLAS, 2013; PIŠKUR *et al.*, 2014).

Todavia, há um consenso entre os pesquisadores em considerar a *Participação social* como um construto multidimensional (UTZ *et al.*, 2002; YORKSTON *et al.*, 2005; DIJKERS, 2010; LEVASSEUR *et al.*, 2010; FOUGEYROLLAS, 2013), que não engloba apenas o nível de realização de participação, mas também o significado, satisfação pessoal e qualidade do desempenho (HAMMEL *et al.*, 2008; LEVASSEUR, DESROSIERS, WHITENECK, 2010; FOUGEYROLLAS, 2013).

Nesse sentido, Hammel e colaboradores (2008) investigaram o significado, a caracterização, as barreiras e os apoios para a participação de 63 pessoas, com 18 anos ou mais,

com diferentes deficiências. Esse estudo qualitativo, realizado nos EUA, buscou uma visão privilegiada sobre o tema com a realização de grupos focais. Os participantes conceituaram participação como um conjunto de valores que inclui participação ativa e significativa, escolha e controle, acesso e oportunidade, relacionamento social, responsabilidades pessoais e sociais. Portanto, a participação foi vista tanto como um direito quanto uma responsabilidade, influenciada de forma dinâmica pela sociedade e ambiente (HAMMEL *et al.*, 2008). Segundo Levasseur, Desrosiers e Whiteneck (2010), esse estudo trouxe um caminho promissor para definir o conceito de participação.

Não obstante à complexidade do constructo, estudos sobre o tema são importantes para a gerontologia, uma vez que as pesquisas apontam a participação social do idoso como um fator determinante para o envelhecimento saudável e ativo (UTZ *et al.*, 2002; BUVOK, MAAS, LAMPERT, 2002; HERZOG, OFSTEDAL, WHEELER, 2002; WILKIE *et al.*, 2007; MARS *et al.*, 2008; HAMMEL *et al.*, 2008; RICHARD *et al.*, 2008; LEVASSEUR *et al.*, 2010). Níveis de engajamento e satisfação de participação na velhice têm sido relacionados com menor risco de morbidade e mortalidade, redução de sintomatologia depressiva e de suicídio, melhora do senso de auto-eficácia e de identidade, desempenho cognitivo e com o aumento do bem-estar e da qualidade de vida (ELLIOTT, BARRIS, 1987; WATSON, AGER, 1991; STANLEY, 1995; OXMAN, FREEMAN JR, MANHEIMER, 1995; BERKMAN *et al.*, 2000; UTZ *et al.*, 2002; ZUNZUNEGUI *et al.*, 2003; LEVASSEUR, DESROSIERS, NOREAU, 2004; ABU-RAYYA, 2006; MCKENNA, BROOME, LIDDLE, 2007; HSU, 2007; LEVASSEUR, DESROSIERS, TRIBBLE, 2008; LEVASSEUR, DESROSIERS, WHITENECK, 2010; CHIAO, BOTTICELLO, 2011).

Na área do envelhecimento, Levasseur e colaboradores (2010) realizaram um levantamento da produção científica, entre janeiro de 1980 e fevereiro de 2009, em quatro bases de dados (Medline, CINAHL, AgeLine e PsycInfo), com o objetivo de listar e analisar o conteúdo das definições e dimensões de participação social em idosos. As palavras-chave utilizadas foram: Aging OR Ageing OR Elderly OR Older OR Seniors AND Community involvement OR Community participation OR Social engagement OR Social participation. O termo *Participação social* foi o mais utilizado nos estudos encontrados. Quanto a sua definição, a análise do conteúdo revelou 43 definições diferentes, sendo que, na sua maioria, estão voltadas para o envolvimento da pessoa em atividades que propiciem interações com os outros na sociedade ou comunidade.

No que se refere às dimensões de participação, os autores criaram uma taxonomia para atividades sociais com base nos níveis de envolvimento, composta de seis níveis hierárquicos: 1) atividades diárias, normalmente realizadas sozinho, em preparação para outras atividades; 2) atividades realizadas paralelamente aos outros, sem a existência de contato direto; 3) atividades de contato social, sem envolvimento específico compartilhado; 4) atividades de interação colaborativa; 5) atividades de assistência aos outros; e 6) atividades de contribuição mais ampla para a sociedade (LEVASSEUR *et al.*, 2010). Essa taxonomia pode ser útil para elucidar as dimensões específicas de participação social e na identificação de focos de pesquisas científicas (LEVASSEUR *et al.*, 2010; PIŠKUR *et al.*, 2014).

Outro estudo de revisão analisou bibliometricamente 44 artigos sobre a participação social do idoso, no período entre 2010 e 2013, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme). Como na pesquisa desenvolvida por Lévasseur e colaboradores (2010), foi possível observar que os estudos analisados se pautaram em diferentes autores para descrever o conceito de participação e, inclusive, alguns se fundamentaram em modelos conceituais de funcionalidade internacionais, como a CIF, já descrita anteriormente, e o Human Development Model - Disability Creation Process (HDM-DCP), da classificação Quebec (REBELLATO, HAYASHI, 2014).

O HDM-DCP é um modelo conceitual criado para ser usado nos setores público e privado, bem como em organizações sem fins lucrativos, envolvidos com a adaptação, reabilitação, participação social e o exercício dos direitos humanos das pessoas com deficiência e seus familiares (FOUGEYROLLAS *et al.*, 1999). Pode ser usado para todas as pessoas com deficiências, não importando a sua causa, natureza e gravidade, pois é um modelo positivo que enfatiza os aspectos ambientais e a realização de hábitos de vida, não colocando a responsabilidade pelas desvantagens no indivíduo (FOUGEYROLLAS *et al.*, 1999).

No presente estudo foi adotada a concepção de *Participação Social* do HDM-DCP, que se refere à realização de *Hábitos de Vida*, abrangendo todas as atividades humanas construídas socialmente, portanto incluem as atividades básicas da vida diária, as atividades instrumentais da vida diária e os papéis sociais (FOUGEYROLLAS *et al.*, 1999; FOUGEYROLLAS, 2013).

A realização de *Hábitos de Vida* resulta da interação dinâmica entre os *Fatores Pessoais e Fatores Ambientais* em um dado momento (FIGURA 1.1).

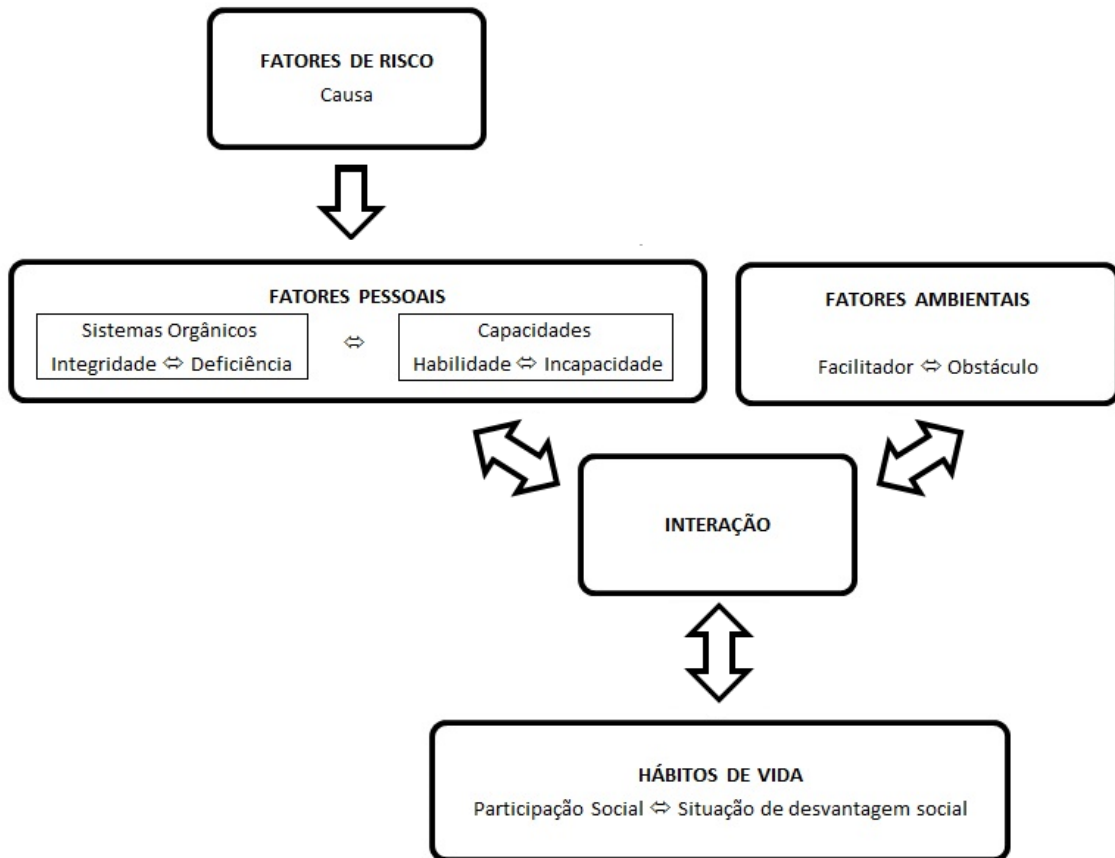


Figura 1.1 - O Processo de Incapacidade: Modelo de Referência

Fonte: FOUGEYROLLAS et al (1999) e adaptado do documento de tradução do LIFE-H 3.1¹

Os *Fatores Pessoais* são fatores intrínsecos, como o sistema orgânico do indivíduo, capacidades e identidade e os *Fatores Ambientais* são compostos pelos fatores físico e social (FOUGEYROLLAS *et al.*, 1999; DESROSIERS *et al.*, 2005). Assim, a participação social é complexa e multidimensional, dependendo de aspectos como, por exemplo, a idade, sexo, condições e expectativas do meio ambiente e dos fatores culturais (FOUGEYROLLAS *et al.*, 1999); aspectos que devem ser considerados no processo de avaliação.

A literatura indica que a participação social pode ser investigada considerando, por exemplo, as seguintes variáveis: aspectos objetivos (envolve informações sobre a duração e frequência da participação); aspectos subjetivos (consiste no grau de importância e satisfação no

¹ Documento de tradução disponibilizado pelo Mr. Francis Charrier, do International Network of Disability Creation Process (INDCP). A tradução do inglês para o português foi realizada no estudo de adaptação transcultural do instrumento realizado pela Fernanda Sabine Nunes de Assumpção e colaboradores (ASSUMPCÃO, 2014; ASSUMPCÃO et al, 2016).

desempenho de cada atividade social) (WHITENECK, DIJKERS, 2009; DIJKERS, 2010; CURTIN *et al.*, 2011); contexto (atividades sociais, domésticas e recreativas) (CURTIN *et al.*, 2011); forma (formal ou informal) (UTZ *et al.*, 2002; MARS *et al.*, 2008); envolvimento social e objetivo da atividade (LEVASSEUR *et al.*, 2010); recursos compartilhados (participação coletiva, produtiva e política) (BUVOK, MAAS, LAMPERT, 2002); e por comparação entre pares (DIJKERS, 2010). Entretanto, a sua mensuração tem sido realizada, sobretudo, por instrumentos não-padronizados (FIGUEIREDO *et al.*, 2010; REBELLATO, HAYASHI, 2014) dificultando a comparação de dados do próprio indivíduo e entre indivíduos ou comunidades (DIJKERS, 2010; LEVASSEUR *et al.*, 2010).

Os instrumentos padronizados normalmente utilizados para avaliar a participação social são globais, com domínios específicos que analisam aspectos de participação social (WHITENECK, DIJKERS, 2009; WHITENECK, 2010). Os instrumentos mais utilizados são: Reintegration of Normal Living Index (RNL), Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART), Sickness Impact Profile (SIP), London Handicap Scale (LHS), Impact of Participation and Autonomy Questionnaire (IPAQ), Frenchay Activities Index (FAI) Life Satisfaction Questionnaire (LSQ), Community Integration Questionnaire (CIQ), Keele Assessment of Participation (KAP), Participation Objective, Participation Subjective (POPS), Participation Survey/Mobility (PARTS/M), Participation Scale (P-Scale), Canadian Occupational Performance Measure (COPM) e diferentes versões do Assessment of Life Habits (LIFE-H) (GRAY *et al.*, 2006; van BRAKEL *et al.*, 2006, MAGASI, HEINEMANN, WHITENECK, 2008; FIGUEIREDO *et al.*, 2010; DIJKERS, 2010; BODE *et al.*, 2010; SEEKINS *et al.*, 2012; TSE *et al.*, 2013; REBELLATO, HAYASHI, 2014; ROY-BOUTHOT *et al.*, 2014).

O Assessment of Life Habits (LIFE-H), criado por Fougeyrollas e colaboradores (1998) para facilitar o uso do HDM-DCP, citado anteriormente, é um questionário padronizado que avalia o nível de realização e tipo de assistência requerida no desenvolvimento das atividades diárias e papéis sociais (participação) e satisfação com o nível de realização (satisfação com a participação) (FOUGEYROLLAS *et al.*, 1998; INTERNATIONAL NETWORK ON DISABILITY CREATION PROCESS [INDCP], 2014).

Após a publicação da primeira versão do LIFE-H, em 1997, sucessivas versões foram criadas e validadas (versão 2.1, versão 3.0 (*short e long version*), versão 3.1, for children 0-4 years, for children 5-13 years) por vários pesquisadores e em diferentes idiomas (INDCP, 2014).

Os autores aconselham o uso das versões 3.0 short (69 itens) e 3.1 (77 itens), pela abrangência, rápida aplicação e propriedades de medida adequadas para a aplicação em contextos clínicos e de pesquisa (INDCP, 2014).

Mais especificamente, o LIFE-H tem sido amplamente utilizado na avaliação da qualidade de participação social de pessoas com deficiência (FOUGEYROLLAS *et al.*, 1999), como por exemplo, crianças com paralisia cerebral e com outros diagnósticos (NOREAU *et al.*, 2007), pessoas com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (BODE *et al.*, 2010; TSE *et al.*, 2013), lesão medular (NOREAU, FOUGEYROLLAS, 2000; MAGASI, HEINEMANN, WHITENECK, 2008), afasia (DALEMANS *et al.*, 2008), distrofia muscular (GAGNON, MATHIEU, DESROSIERS, 2004; GAGNON, MATHIEU, NOREAU, 2006; GAGNON, MATHIEU, NOREAU, 2007), usuários de cadeira de rodas (MILLER, GARDEN, MORTENSON, 2011) e idosos com e sem deficiências (ROCHETTE, DESROSIERS, NOREAU, 2001; DESROSIERS *et al.*, 2002; DESROSIERS *et al.*, 2003a; DESROSIERS *et al.*, 2003b; DESROSIERS *et al.*, 2004; NOREAU *et al.*, 2004; LEVASSEUR, DESROSIERS, NOREAU, 2004; DESROSIERS *et al.*, 2005; DESROSIERS *et al.*, 2006; ROCHETTE *et al.*, 2007a; LEMMENS *et al.*, 2007; ROCHETTE *et al.*, 2007b; POULIN, DESROSIERS, 2008; LEVASSEUR, DESROSIERS, TRIBBLE, 2008; POULIN, DESROSIERS, 2009; DESROSIERS *et al.*, 2009a; PINSONNAULT *et al.*, 2009; DESROSIERS *et al.*, 2009b; DEMERS *et al.*, 2009; LEVASSEUR, DESROSIERS, WHITENECK, 2010; ROCHETTE *et al.*, 2010; PLANTE *et al.*, 2010).

Desde a primeira versão validada, o instrumento, independentemente das demais versões, contempla 12 domínios de hábitos de vida, abrangendo os conceitos do modelo DCP e sete dos nove domínios propostos pela CIF (FIGUEIREDO *et al.*, 2010). Os 12 domínios do instrumento são agrupados de acordo com dois subgrupos: *Atividades da Vida Diária* e *Papéis Sociais*. As *Atividades da Vida Diária* contempla as seguintes categorias: *Nutrição, Condicionamento físico, Cuidados pessoais, Comunicação, Moradia e Mobilidade*. Os *Papéis Sociais* contempla as seguintes categorias: *Responsabilidades, Relacionamentos Interpessoais, Vida em comunidade, Educação, Emprego e Recreação* (INDCP, 2014).

Nos últimos anos, muitos estudos foram realizados para avaliar as propriedades psicométricas das diferentes versões do LIFE-H (FOUGEYROLLAS *et al.*, 1999, NOREAU, FOUGEYROLLAS, VINCENT, 2002). A validade de conteúdo foi realizada com profissionais da área de reabilitação e integração social (FOUGEYROLLAS *et al.*, 1999). Outros estudos demonstraram que a consistência interna do instrumento é elevada (α de Cronbach $\geq 0,82$) para

crianças e adultos com lesão medular e que a sua confiabilidade varia de moderada a alta ($ICC \leq 0,47 \leq 0,91$) (FOUGEYROLLAS et al., 1999; NOREAU et al., 2002).

A confiabilidade inter e intra avaliador e a validade convergente foram demonstradas em estudos com diferentes populações (NOREAU, FOUGEYROLLAS, VINCENT, 2002). Quanto à validade convergente observa-se a existência de correlações moderadas a fortes entre as pontuações do LIFE-H e as pontuações do Community Integration Questionnaire (CIQ), Craig Handicap Assessment & Reporting Technique (CHART), Functional Autonomy Measurement System (SMAF) e Functional Independence Measure (FIM) (FOUGEYROLLAS et al., 1999; DESROSIERS et al., 2005).

Especificamente com a população idosa, Noreau e colaboradores (2004) avaliaram a confiabilidade teste-reteste do LIFE-H - versão 3.0 reduzida - em idosos com limitações funcionais. Os coeficientes de correlação intraclasse excedeu 0,75 para 7 dos 10 domínios estudados, portanto confiáveis para o uso com essa população. Três anos depois, Lemmens e colaboradores (2007) na Holanda, também avaliaram a confiabilidade teste-reteste do LIFE-H - versão 3.0 reduzida - em idosos com Acidente Vascular Encefálico e observaram que o coeficiente de correlação intraclasse excedeu o valor de 0,80 para o escore total do instrumento. Porém não foram localizados estudos específicos sobre a confiabilidade teste-reteste e da consistência interna do LIFE-H 3.1 em idosos sem deficiências.

Desrosiers e colaboradores (2004) documentaram a validade discriminante do LIFE-H - versão 3.0 reduzida - em 87 idosos com limitações funcionais, de acordo com o ambiente de vida. Os idosos que vivem em residências privadas obtiveram pontuações mais elevadas, seguido dos idosos que moram em suas próprias casas e, finalmente dos idosos que vivem em unidades de cuidados de longo prazo. Este estudo indica que o LIFE-H é capaz de discriminar a participação social de idosos residentes em diferentes ambientes. Os autores ressaltam a importância desse resultado, mas sugerem a continuidade da validação do instrumento para a população idosa.

Outros estudos foram realizados com a população idosa utilizando a versão 2.1 do LIFE-H (ROCHETTE, DESROSIERS, NOREAU, 2001; DESROSIERS et al., 2002; DESROSIERS et al., 2003a; DESROSIERS et al., 2003b; DESROSIERS et al., 2005; DESROSIERS et al., 2006) e a versão 3.0 (LEVASSEUR, DESROSIERS, NOREAU, 2004; ROCHETTE et al., 2007a, ROCHETTE et al., 2007b; LEMMENS et al., 2007; LEVASSEUR, DESROSIERS, TRIBBLE, 2008; LEVASSEUR, DESROSIERS, WHITENECK, 2010). Até o

momento, alguns estudos internacionais foram realizados utilizando o LIFE-H 3.1 em idosos (POULIN; DESROSIERS, 2008; POULIN; DESROSIERS, 2009; DESROSIERS et al., 2009a; DESROSIERS et al., 2009b; DEMERS et al., 2009; PLANTE et al., 2010, VISCOGLIOSI et al., 2011), como explanados a seguir.

O primeiro estudo de Poulin e Desrosiers (2008) foi realizado com 40 pessoas que sofreram Acidente Vascular Encefálico (AVE) e seu respectivo cuidador informal, com o objetivo de determinar o nível de concordância entre as respostas do paciente e do cuidador em um questionário de participação, o LIFE-H 3.1. Setenta por cento (n = 28) dos cuidadores foi composta pelo cônjuge do paciente. A média de idade das pessoas com AVE e seus cuidadores foi de 73,6 e 64,6 anos, respectivamente. Os maiores escores do LIFE-H, sob o ponto de vista do paciente, foram nos domínios *Relacionamentos Interpessoais* (média de 8.2 pontos) e *Condicionamento Físico* (média de 8.0 pontos); os menores escores foram em *Mobilidade* (média de 5.1) e *Recreação* (média de 5.3). O nível de concordância entre os grupos na pontuação do LIFE-H variou de moderada a excelente. Foi possível notar que a pontuação média atribuída pelos cuidadores foi menor nos domínios *Nutrição*, *Condicionamento físico*, *Moradia*, *Mobilidade*, *Relacionamentos Interpessoais*, *Vida em Comunidade* e *Recreação*. A gravidade do comprometimento motor foi o melhor preditor de falta de concordância entre pacientes e cuidadores, portanto deve ser considerada ao se interpretar as informações cedidas pelos cuidadores.

O segundo estudo de Poulin e Desrosiers (2009) teve como objetivos avaliar a confiabilidade teste-reteste do LIFE-H 3.1 (versão reduzida) e explorar as relações entre nível de participação e satisfação. A amostra foi composta por 30 pessoas acima de 65 anos (média de idade de 79.4 anos) com deficiências, de acordo com a pontuação de uma escala de incapacidade funcional. Como no estudo anterior realizado pelos mesmos autores (POULIN; DESROSIERS, 2008), participaram da pesquisa sujeitos não institucionalizados residentes na região de Sherbrooke, da província de Quebec/Canadá. A variação da pontuação total do instrumento e das pontuações dos subgrupos *Atividades da Vida Diária* e *Papéis Sociais* foi pequena. O coeficiente de correlação intraclasse da pontuação final do nível de realização e tipo de assistência foi excelente, assim como da satisfação. A satisfação foi positivamente associada com o nível de participação na pontuação total do instrumento e no subgrupo *Atividades da Vida Diária*. Os autores concluíram que a escala é confiável para o uso em idosos com incapacidades funcionais e

ênfatizam a importância de se considerar tanto a participação quanto a satisfação para avaliar as necessidades dessa população.

O estudo realizado por Desrosiers e colaboradores (2009a) teve como objetivo comparar a participação nas atividades diárias e papéis sociais entre idosos com e sem deficiência visual e explorar a correlação da sua participação com diversas variáveis. Participaram do estudo 64 sujeitos com deficiência visual, idade média de 79,3 anos, e 64 sujeitos sem deficiência visual pareados por sexo e idade. Os idosos com deficiência visual apresentaram baixos níveis de participação em todos os domínios, com exceção dos domínios *Moradia* e *Relacionamentos Interpessoais*. Além disso, os autores verificaram variáveis que se associaram com a participação social de idosos com deficiência visual, como a percepção da qualidade da visão à distância e o uso de lupas que se associaram positivamente, enquanto a depressão se associou negativamente. A depressão foi o fator mais fortemente correlacionado com a participação social.

Outro estudo realizado por Desrosiers e colaboradores (2009b) envolveu 350 sujeitos recrutados aleatoriamente, não institucionalizados, residentes em três regiões da província de Quebec/Canadá. Foram incluídos na pesquisa idosos acima de 65 anos, sem comprometimento cognitivo, independentes para quatro atividades básicas de vida diárias e sem deficiências sensoriais, neurológicas ou musculoesqueléticas. Os objetivos foram comparar o nível de satisfação e participação dos idosos por faixa etária e sexo, e determinar as características que estão associadas à participação. No geral, os idosos apresentaram pontuações altas em todos os domínios do LIFE-H 3.1 (acima de 8 pontos) menos em *Moradia* e *Recreação*. Os escores do instrumento permaneceram praticamente estáveis, embora tenha sido observado um declínio de alguns hábitos de vida, principalmente no grupo de idosos acima de 85 anos. A pontuação do nível de satisfação foi alta (entre 4,2 e 4,5 pontos) para todos os domínios e não diferiu de acordo com a faixa etária. Quanto ao sexo, as mulheres apresentaram maiores níveis de participação em *Nutrição* e *Comunicação*, enquanto que os homens apresentaram maiores pontuações nos domínios *Condicionamento físico*, *Mobilidade* e *Vida em Comunidade*. Muitas variáveis tiveram associação com a participação social, como o estado civil e a presença de problemas de saúde: os idosos casados e os idosos com problemas cardíacos apresentaram menores níveis de participação social em alguns domínios do LIFE-H. Os autores concluem que a participação social está relacionada com a independência funcional, mas outros componentes são essenciais para o engajamento em atividades e papéis. Além disso, destacam que a população idosa geralmente

diminui os níveis de participação apenas no final do processo de envelhecimento, e esta redução não restringe a sua satisfação.

Demers e colaboradores (2009) exploraram a relação entre estratégias de enfrentamento cognitivas e comportamentais e participação social de 350 idosos não institucionalizados, residentes em quatro regiões da província de Quebec/Canadá. A média de idade, escolaridade e pontuação total do LIFE-H foi 77,2, 10,5 e 8,27, respectivamente. As estratégias comportamentais foram o fator mais fortemente associado com a participação social, seguida pelo arranjo familiar (morar acompanhado) e idade. Não houve relação entre a participação social e estratégias cognitivas.

No estudo realizado por Plante e colaboradores (2010), participaram 111 sujeitos que sofreram Acidente Vascular Encefálico (AVE), com média de idade e anos de escolaridade de 76.7 e 8.1 anos, nessa ordem. O objetivo foi verificar a associação entre a independência em atividades da vida diária no momento da alta e o engajamento em papéis sociais após 6 meses. Para avaliar a independência foi utilizado o instrumento Functional Autonomy Measurement System (SMAF) e para avaliar os papéis sociais foi utilizada parte do LIFE-H 3.1 (domínios: *Responsabilidades, Relacionamentos Interpessoais, Vida em Comunidade e Recreação*). Os resultados demonstraram que a independência em atividades da vida diária aumentou os escores dos domínios *Responsabilidades* e *Vida em Comunidade*, porém não teve associação com *Relações Interpessoais* e *Recreação*. Os autores concluíram que o lazer não é suficientemente abordado durante a reabilitação de pessoas pós AVE, sendo necessário investir nessa área visando o retorno à comunidade.

Outro estudo que utilizou o LIFE-H 3.1 em idosos foi realizado por Viscogliosi e colaboradores (2011). A amostra foi composta por 197 idosos que sofreram AVE com idade média de 76,9 anos. O objetivo do estudo foi comparar a participação nas atividades diárias e papéis sociais de acordo com a presença de déficits cognitivos. A presença de déficit cognitivo foi avaliada por meio de testes de memória, percepção visual, linguagem, negligência unilateral e funções executivas. Os idosos com déficits de memória apresentaram maiores limitações nos domínios *Comunicação* e *Recreação*. A presença de déficits de percepção visual afetou os domínios *Nutrição, Comunicação* e *Responsabilidades*. Idosos com problemas de linguagem tiveram pontuações menores em *Comunicação, Responsabilidades, Vida em comunidade* e *Recreação*. No geral, a participação social após AVE está relacionada à função cognitiva.

Viscogliosi e colaboradores (2011), bem como os autores dos estudos supracitados, destacaram a influência da capacidade funcional e condição de saúde na participação social e, discutem que a participação social deve ser considerada ao se definir os objetivos da reabilitação.

No Brasil, a adaptação transcultural e avaliação das propriedades de medida do LIFE-H versão 3.1 foi realizada recentemente para a população de adultos com deficiência (ASSUMPÇÃO, 2014; ASSUMPÇÃO et al, 2015; ASSUMPÇÃO et al, 2016). A tradução e adaptação transcultural visou manter a qualidade semântica, cultural e conceitual². Após essa fase foi investigada a confiabilidade teste-reteste por domínios e por pontuação total em 10 hemiparéticos crônicos adultos. E, em seguida, foi realizada a avaliação das propriedades de medida pela Análise *Rash* em 90 hemiparéticos crônicos (média de idade de 58 anos). O LIFE-H 3.1-Brasil apresentou confiabilidade teste-reteste adequada, estabilidade na calibração dos itens e das medidas. O instrumento permitiu a discriminação dos indivíduos em seis níveis de participação social e distribuiu os itens em oito níveis de dificuldades. Foram identificados quatro itens erráticos, ou seja, itens com respostas inesperadas ou controversias, o que pode ser justificado pelas características específicas da amostra ou divergências culturais. Além disso, foi observada grande amplitude de questões com pouca variabilidade nos padrões de respostas, sugerindo a possibilidade de redução de categorias de escores para alguns itens. O estudo evidenciou a viabilidade clínica da aplicação do LIFE-H 3.1-Brasil em hemiparéticos crônicos, mas sugere a realização de estudos com outras populações (ASSUMPÇÃO, 2014).

Até o momento nenhum estudo que utilizou o LIFE-H 3.1-Brasil com a população idosa foi publicado em nosso país. A recente validação do instrumento no Brasil, possibilita a expansão de pesquisas sobre a participação social de diversas populações.

No que se refere à população idosa, é importante destacar que os estudos brevemente descritos evidenciam a multidimensionalidade da participação social e a sua associação com fatores pessoais e ambientais (DESROSIERS *et al.*, 2004; POULIN; DESROSIERS, 2008; POULIN; DESROSIERS, 2009; DESROSIERS *et al.*, 2009a; DESROSIERS *et al.*, 2009b; DEMERS *et al.*, 2009; PLANTE *et al.*, 2010, VISCOGLIOSI *et al.*, 2011).

Reforçando a compreensão acerca da multidimensionalidade da participação social, o estudo realizado por Rebellato e Hayashi (2014), que objetivou investigar como se configura o

² Por sugestão dos autores do instrumento original, os itens com divergência cultural não foram suprimidos. Sendo assim, foram acrescentados exemplos aos itens para facilitar a possibilidade de compreensão da versão brasileira do LIFE-H 3.1.

campo de estudos sobre participação social do idoso, constatou a relação entre participação social e determinantes sociais e pessoais, além da influência dos fatores físicos de funções e estruturas do corpo, tais como: idade, sexo, estado civil, arranjo familiar, escolaridade, posição socioeconômica, eventos de vida, acesso a serviços de saúde e assistência social, capacidade funcional, aptidão física e mobilidade, desempenho cognitivo, presença de dores e fadiga, presença de doenças e/ou deficiências, uso de tecnologias assistiva, rede de apoio social, estado psicológico, satisfação com a vida, senso de autoeficácia, traços de personalidade e importância e valorização da atividade social.

Dos 44 artigos analisados na pesquisa supracitada (REBELLATO, HAYASHI, 2014) apenas quatro eram brasileiros e, os mesmos não enfocaram diretamente o nível de participação social de idosos (GUERRA, CALDAS, 2010; MOLITERNO *et al.*, 2012; BARTH *et al.*, 2012, TAVARES, DIAS, MUNARI, 2012).

Contudo, apesar de reconhecer a relevância da participação social para o envelhecimento ativo e saudável (OMS, 2005; ILC-BRASIL, 2015), nenhum estudo nacional e, também, internacional com o objetivo de verificar os preditores da variação da participação social de idosos independentes foi localizado³ na literatura. Foram localizados apenas estudos sobre os preditores da participação social em pessoas pós Acidente Vascular Encefálico (DESROSIERS *et al.*, 2006) e lesão medular (LARSONN LUND *et al.*, 2005), que avaliam a participação por meio do LIFE-H 2.1 e Impact of Participation and Autonomy Questionnaire (IPAQ, respectivamente).

Os melhores preditores da participação em pessoas pós Acidente Vascular Encefálico foram idade, comorbidades, coordenação motora e comprometimento das extremidades superiores (DESROSIERS *et al.*, 2006). Já em relação a participação social de pessoas com lesão medular, o apoio social foi a variável mais importante, seguida pelo nível da lesão e estado civil, evidenciando que as pessoas com apoio social insuficiente, tetraplegia e solteiras tinham maior risco em perceber negativamente a sua participação (LARSONN LUND *et al.*, 2005).

³ Pesquisa avançada (título/resumo) realizada no PubMed, no dia 20/09/2016, com as seguintes expressões de busca: 1) "Social participation" AND "Predictor", 2) "Social participation" AND "Assessment of Life Habits" e 3) "Social involvement" AND "Predictor".

Ademais, também não foram localizados ⁴ estudos sobre a associação entre participação social e relacionamento entre os idosos e seus filhos, ou seja, a influência das características dos vínculos entre esses indivíduos para a participação social dos idosos.

Considerando que a família é a principal fonte de apoio informal da população idosa (AREOSA, BENNITEZ, WICHMANN, 2012), a prevalência de domicílios multigeracionais, sobretudo na população de baixa renda, (RAMOS, 2003; VICENTE, SOUZA, 2012) e a influência do relacionamento intergeracional para a saúde, bem estar e satisfação dos idosos (PAVARINI *et al.*, 2009; SANTOS, PAVARINI, BARHAM, 2012), torna-se importante conhecer como se constituem as relações familiares na velhice.

As relações familiares na velhice são moldadas pelas experiências de vida e circunstâncias históricas específicas que afetam os indivíduos ao longo de suas vidas, ou seja, as relações familiares são complexas, multidimensionais, construídas ao longo do tempo e permeadas pela solidariedade, ambivalência e conflito (BENGTSON *et al.*, 2002; SILVA, 2011).

A solidariedade intergeracional tem sido foco de estudos recentes e pode ser considerada como a transmissão de conhecimento e cultura por meio da interdependência geracional e das interações através das idades (BRAZ, 2013). A ambivalência compreende as contradições vivenciadas, como o sentimento de proximidade e distanciamento (BENGTSON *et al.*, 2002). Por último, o conflito é representado por questões difíceis, porém naturais e próprias do relacionamento, que influenciam a maneira como cada membro percebe o outro e a motivação com que eles se ajudam (PARROT, BEGTSON, 1999).

As relações que, provavelmente, mais se estendem durante todo o ciclo de vida são entre pais e filhos (BRAZ, 2013) e são os filhos que, no final da velhice, tem prioritariamente assumido o papel central no cuidado ao idoso (VICENTE, SOUZA, 2012).

No Brasil, o estudo realizado por Braz (2013), que teve como um dos objetivos avaliar a qualidade do relacionamento entre pais idosos e seus filhos adultos, constatou a existência de convergência entre as percepções de pais e filhos sobre o seu relacionamento e a reciprocidade dos valores familiares. Os resultados indicaram que relacionamentos com maiores níveis de afeto têm maior probabilidade de, posteriormente se caracterizarem em trocas de suporte entre as gerações.

⁴ Pesquisa realizada na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, no dia 20/09/2016, com as seguintes expressões de busca: 1) "Participação social" AND "Relações Familiares" AND "Idoso" e "Participação social" AND "Relação entre gerações " AND "Idoso" e 3) "Participação social" AND "Relações Pais-Filhos" AND "Idoso".

Considerando que esse aspecto pode influenciar na participação social do idoso, associado ao reconhecimento da participação social como um fator essencial ao envelhecimento ativo, reforçam a importância de se avaliar a participação social de idosos brasileiros, comparar os níveis de participação social de idosos em função de fatores sociodemográficos, de saúde, percepção de solidariedade intergeracional e de qualidade de vida, além de identificar os preditores da participação social nessa população, visto que pode colaborar com o planejamento de ações de prevenção e promoção de saúde, reconhecimento de estratégias educacionais e ampliação de investimentos no território, tanto físico quanto sociocultural.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral do presente estudo foi identificar os preditores da variação da participação social em idosos independentes cadastrados em Estratégias de Saúde da Família do município de Araras/SP.

2.2 Objetivos específicos

- 1) Investigar as dimensões dos instrumentos utilizados e a sua fiabilidade;
- 2) Caracterizar o perfil da população idosa cadastrada em Estratégias de Saúde da Família;
- 3) Identificar associações entre as condições sociodemográficas, de saúde, percepção de solidariedade intergeracional e qualidade de vida;
- 2) Comparar níveis de participação social de subgrupos de idosos cadastrados em Estratégias de Saúde da Família em função de fatores sociodemográficos, de saúde, percepção de solidariedade intergeracional e qualidade de vida.

3 HIPÓTESES

Este estudo testa as seguintes hipóteses:

- 1) Os níveis de participação social de subgrupos de idosos independentes cadastrados em Estratégias de Saúde da Família diferem em função de fatores sociodemográficos (gênero, idade e estado civil, por exemplo), de saúde, percepção de solidariedade intergeracional familiar (pais idosos e filhos adultos) e de qualidade de vida;
- 2) Os preditores da participação social de idosos independentes cadastrados em Estratégias de Saúde da Família envolvem fatores pessoais e ambientais, principalmente variáveis de saúde.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, seccional, de abordagem quantitativa (LIMA-COSTA, BARRETO, 2003), com amostra não probabilística. O tipo de amostra não probabilística escolhido foi a de conveniência (OLIVEIRA, 2009).

4.1 Contexto

O estudo foi realizado no município de Araras/SP, localizado a 153 km da capital São Paulo (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2015).

O município de Araras, geograficamente pertence à microrregião de Limeira e a mesorregião de Piracicaba, integra a área administrativa de Campinas.

Segundo os indicadores do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013), Araras possui bons indicadores de desenvolvimento econômico e social (Quadro 4.1.1).

Quadro 4.1.1 – Indicadores econômicos e sociais do município de Araras/SP

Indicadores	Valores
Área da unidade territorial (km ²)*	644,831
Densidade Demográfica (Habitantes/ km ²)*	184,30
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - 2010 (IDHM 2010)****	0,781
PIB per capita a preços correntes – 2012 (reais)*	24.676,42
Índice de Gini*	0,41
Índice de Pobreza (%)*	13,9
Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal 2014***	0,8473
Renda per Capita 2010 (reais)**	796,15

Fonte:

*<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=350330&idtema=16&search=||s%EDntese-das-informa%E7%F5es> [acesso em 19.04.2015].

**<http://produtos.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php> [acesso em 19.04.2015].

***<http://www.firjan.org.br/ifdm/consulta-ao-indice/ifdm-indice-firjan-de-desenvolvimento-municipal-resultado.htm?UF=SP&IdCidade=350330&Indicador=1&Ano=2011> [acesso em 19.04.2015].

**** <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx> [acesso em 19.04.2015].

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Araras é de 0,781, valor considerado alto. Este índice, criado para oferecer um contraponto ao Produto Interno Bruto (PIB) que leva em conta apenas a dimensão econômica do desenvolvimento, engloba três dimensões: saúde

(longevidade), educação e renda e, a sua pontuação varia de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo do 1, maior o desenvolvimento humano do município ou país (PNDU, 2013).

Apesar deste aspecto, o município não possui uma boa distribuição de renda, segundo o Índice de Gini de 0,41. Este índice, apesar de medir a desigualdade social pela renda e não pelas oportunidades e de não considerar as mudanças de ciclos de vida, é bastante utilizado em diversos campos de estudo. A sua pontuação varia de 0 a 1, sendo 0 completa igualdade na renda e 1 completa desigualdade (PNUD, 2010). Em contra partida, o Índice de Pobreza do município é baixo, de 13,9% e o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) é alto, acima de 0,8. A pontuação deste último índice varia de 0 a 1 e, é baseada em estatísticas públicas oficiais de emprego, renda, educação e saúde (FIRJAN, 2015).

O censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, identificou 118.843 habitantes em Araras, sendo 14.854 (12,5%) idosos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2010). A população urbana de idosos em Araras é de 14.060 habitantes, 95% do total de idosos na cidade (IBGE, 2010).

O crescimento da população idosa em Araras tem acompanhado o crescimento nacional e da região Sudeste, registrando a marca de 13,79% de idosos na estimativa realizada pelo IBGE em 2014 (IBGE, 2014). Atualmente a estimativa da porcentagem de idosos no Brasil e na região Sudeste é de 11 e 13%, respectivamente e, chegará a 19% e 21% em 2030 (IBGE, 2014).

A seguir, o quadro 4.1.2 apresenta alguns indicadores demográficos do município de Araras/SP.

Quadro 4.1.2 – Indicadores demográficos do município de Araras/SP

Indicadores	Valores
População 2010*	118.843
População estimada 2014**	127.661
População com 60 anos e mais 2010*	14.854
População com 60 anos e mais 2014 (%)***	13,79

Fonte:

*<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=350330&idtema=16&search=||s%EDntese-das-informa%E7%F5es> [acesso em 19.04.2015].

**ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativa_dou_2014.pdf [acesso em 19.04.2015].

***<http://produtos.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php> [acesso em 19.04.2015].

O número absoluto de idosos da região urbana do município é representado na Figura 4.1.1 e na Tabela 4.1.1.

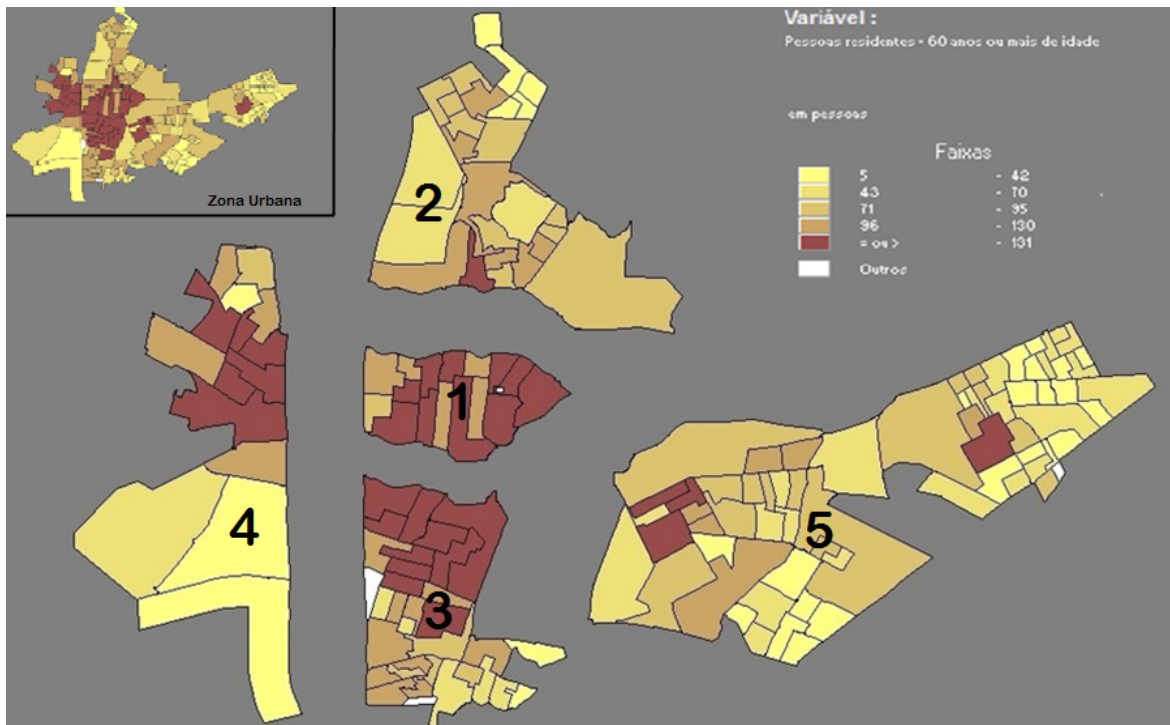


Figura 4.1.1 – Cartograma do número de idosos da região urbana de Araras/SP

Fonte: adaptado de IBGE, 2010.

Legenda: 1 – Região Central; 2 – Região Norte; 3 – Região Sul; 4 – Região Oeste; 5 – Região Leste.

Tabela 4.1.1 – População da região urbana de Araras/SP

Número	Região	População geral		População idosa		%
			n		n	
1	Central	Homens	3.606	Homens	904	29,6
		Mulheres	4.263	Mulheres	1.424	
		Total	7.869	Total	2.328	
2	Norte	Homens	10.172	Homens	977	10,2
		Mulheres	10.221	Mulheres	1.094	
		Total	20.393	Total	2.071	
3	Sul	Homens	11.149	Homens	1.549	15,8
		Mulheres	11.483	Mulheres	2.022	
		Total	22.632	Total	3.571	
4	Oeste	Homens	4.996	Homens	732	16,5
		Mulheres	5.185	Mulheres	944	
		Total	10.181	Total	1.676	
5	Leste	Homens	25.420	Homens	1.993	8,6
		Mulheres	25.949	Mulheres	2.421	
		Total	51.369	Total	4.414	
TOTAL			112.444		14.060	

Fonte: IBGE, 2010.

A região Central da cidade possui o menor número absoluto de idosos, mas a maior porcentagem na comparação com a população total da região, seguida pela Oeste, Sul e Norte. A região Leste possui o maior número absoluto de idosos, mas a menor porcentagem (Tabela 4.2.1). A região mais antiga da cidade é a Central e; a região Leste, principalmente o seu extremo, é a região mais recentemente povoada.

É importante destacar que, após a região Central, a região Oeste e Norte são as regiões com maior desenvolvimento socioeconômico e social quando comparadas as regiões Sul e Leste. Pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social⁵, a população das regiões Oeste e Norte possuem muito baixa a média vulnerabilidade, enquanto que os setores censitários das regiões Sul e Leste estão dentro da faixa de média a muito alta vulnerabilidade (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS [SEADE], 2010).

Como evidenciado na Tabela 4.1.1, a composição da população idosa da região urbana de Araras/SP é constituída na maioria (56%) por mulheres, seguindo a tendência nacional (IBGE, 2013).

O município de Araras possui 16 unidades de Estratégia de Saúde da Família, 15 na zona urbana e 1 na zona rural⁶, atendendo 5.493 idosos, 37% do número oficial de idosos da cidade. A região Central não possui nenhuma unidade de Estratégia de Saúde da Família⁷ e a região Leste, que é a mais populosa da cidade, possui o maior número de unidades, com 1.781 idosos cadastrados, conforme dados apresentados na Tabela 4.1.2.

⁵ Criado pela fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), o índice é formado por dois componentes: condições socioeconômicas e perfil demográfico (SEADE, 2013).

⁶ A ESF da zona rural possui 420 idosos cadastrados e não foi o foco desta pesquisa, devido à dificuldade de acesso, uma vez que é subdividida em 5 pequenas unidades.

⁷ Os idosos da região Central, que utilizam o serviço de saúde público, são atendidos em uma das quatro Unidades Básicas de Saúde do município.

Tabela 4.1.2 – Número de idosos cadastrados em cada ESF da zona urbana de Araras/SP

Região	ESF	Idosos cadastrados	
Norte	A	360	1.326
	B	440	
	C	226	
	D	300	
Sul	E	196	1.312
	F	570	
	G e H	546	
Oeste	I	654	654
Leste	J	162	1.781
	K	280	
	L	166	
	M	495	
	N	378	
	O	300	
TOTAL		5.073	

Fonte: ESF, 2014.

A presente pesquisa foi realizada em 10 Estratégias de Saúde da Família das 15 existentes na zona urbana até o momento final da coleta de dados, porém contemplou todas as regiões da cidade, como demonstrado na Tabela 4.1.3, alcançando 3,5% do total de idosos cadastrados em ESF do município, sendo 50% de idosos das regiões Norte e Oeste e 50% das regiões Sul e Leste, ou seja, subdivididos de acordo com as características socioeconômica de cada região.

Tabela 4.1.3 – Distribuição dos participantes por região do município (n = 175)

Região do município	n	%
Norte	55	31,4
Sul	57	32,6
Oeste	33	19,0
Leste	30	17,0
TOTAL	175	100,0

4.2 Participantes

Participaram do estudo 175 idosos cadastrados em Estratégias de Saúde da Família do município de Araras/SP.

Os critérios de inclusão dos idosos adotados neste estudo foram:

- 1) Estar na faixa etária acima de 60 anos;
- 2) Estar cadastrado em Estratégias de Saúde da Família do município de Araras;
- 3) Participar voluntariamente do estudo, firmando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os critérios de exclusão adotados neste estudo foram:

- 1) Apresentar problemas que impossibilitassem a comunicação, de acordo com o julgamento do pesquisador;
- 2) Apresentar indícios de comprometimento cognitivo, de acordo com o Mini-Exame do Estado Mental – MEEM.

4.3 Instrumentos

O protocolo utilizado para a coleta de dados relativo a este estudo está disponível no APÊNDICE A, exceto o LIFE-H 3.1-Brasil⁸

4.3.1 Variáveis sociodemográficas

O levantamento das características sociodemográficas dos participantes foi realizado a partir de variáveis como: gênero, idade, estado civil, escolaridade, renda, ocupação principal, arranjo familiar e moradia.

⁸ O instrumento LIFE-H 3.1-Brasil foi disponibilizado na versão impressa da tese, apesar de não ter sido incluído em sua versão *on line*, respeitando a aquisição da versão brasileira do instrumento, produzida por ASSUMPÇÃO (2014), que em breve estará disponível no site oficial do INDPC (<http://ripph.qc.ca/en/assessment-tools/introduction/life-h/versions-upon-request>).

4.3.2 Variáveis de saúde

O levantamento das características de saúde dos participantes foi realizado a partir de variáveis como: doenças autorreferidas, prática de atividade física e avaliação subjetiva de saúde. Além do uso de escalas validadas e mundialmente conhecidas como a Escala de Katz, Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). A avaliação subjetiva de saúde e as escalas utilizadas são descritas, a seguir.

4.3.2.1 Avaliação subjetiva de saúde

A avaliação da percepção da condição de saúde e a sua satisfação tem sido utilizadas em inquéritos domiciliares, por sua fácil aplicação, alta validade e confiabilidade, ser associada a qualidade de vida na velhice, preditores de funcionalidade e morbimortalidade, além de possibilitar a avaliação das necessidades de saúde (ALVES, RODRIGUES, 2005; SILVA, MENEZES, 2007; JÓIA, RUIZ, DONALÍSIO, 2008; PERES et al, 2010; BORGES et al, 2014).

No presente estudo, para a avaliação subjetiva de saúde foram utilizadas duas questões:

- 1) Como está a sua saúde? (Excelente / Muito boa / Boa / Regular / Ruim)
- 2) Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde (Muito satisfeito / Satisfeito / Nem satisfeito, nem insatisfeito / Insatisfeito / Muito insatisfeito).

A questão 1, referente a autopercepção de saúde foi elaborada com base nos estudos de Feliciano, Moraes e Freitas (2004), Lima-Costa, Firmo e Uchoa (2004), Chachamovich e Fleck (2008) e Souza (2012). A questão 2, é o segundo item dos dois existentes na *Avaliação Global* do instrumento World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-BREF)

As respostas de cada questão apresentam-se em escalas tipo *Likert* com escores de 1 a 5 (da apreciação mais negativa até a mais positiva). O escore total da avaliação foi composto pela somatória das duas questões, portanto, variou de 2 a 10 pontos. Para a análise dos dados a pontuação final foi transformada em uma escala de 0 a 100.

4.3.2.2 Escala de Katz

A Escala de Katz foi utilizada para a caracterização funcional dos participantes. Esta escala, também denominada de Escala de Independência em Atividades Básicas da Vida Diária foi elaborada em 1963, por Sidney Katz e colaboradores, para avaliar os resultados de

tratamentos em idosos e prever o prognóstico de doentes crônicos (LINO *et al.*, 2008). Apesar de antigo, é um dos instrumentos mais utilizados mundialmente para a avaliação da capacidade funcional em idosos (DUARTE *et al.*, 2007).

Duarte e colaboradores (2007) expõem que diferentes publicações sobre o instrumento têm mostrado versões modificadas, dificultando a sua correta utilização. De forma análoga, no Brasil a tradução livre do instrumento é utilizada em larga escala, sem a preocupação em realizar a adaptação transcultural (LINO *et al.*, 2008).

Lino e colaboradores (2008) realizaram a adaptação transcultural para a língua portuguesa da 2ª versão da Escala de Katz, criada por Katz e Akpom (1976). A versão provou ser equivalente a original em inglês e os itens do instrumento apresentaram consistência interna e taxas confiáveis no teste-reteste, atingindo 0,91 no Kappa ponderado e variação de 0,80 a 0,92 para o coeficiente de alfa de Cronbach (LINO *et al.*, 2008).

A Escala de Katz é uma escala dicotômica, composta de seis itens que medem a independência do indivíduo nas atividades básicas da vida diária, os quais obedecem a uma hierarquia de complexidade, da seguinte forma: alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho (DUARTE *et al.*, 2007; BRITO; NUNES; YUASO, 2007; BRASIL, 2006; LINO *et al.*, 2008). O tempo requerido para a aplicação é de cinco a dez minutos (BRITO; NUNES; YUASO, 2007).

A pontuação do instrumento é a somatória de respostas “sim” (não recebe ajuda para desempenhar a atividade) em cada item, ou seja, o escore pode variar de 0 até um total de 6 pontos, em que 6 significa independência, 4 indica dependência parcial e 2 dependência importante (BRITO; NUNES; YUASO, 2007).

4.3.2.3 Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens – EDG – 15

A versão original, Escala de Depressão Geriátrica – EDG-30, desenvolvida em 1983, por Yesavage e colaboradores, é composta de 30 itens. Apesar de apresentar boas propriedades como instrumento de rastreio de sintomas depressivos em idosos, tem sido substituída pelas versões reduzidas de 1, 4, 10, e 15 questões, pois o tempo necessário para a aplicação é consideravelmente menor (PARADELA, 2002; PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005; BRITO; NUNES; YUASO, 2007).

A versão com 15 questões – EDG-15 foi elaborada por Sheikh e Yesavage, em 1986, a partir dos itens que mais fortemente se correlacionaram com o diagnóstico de depressão da escala original (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005; FERRARI; DALACORTE, 2007).

No Brasil, Almeida e Almeida (1999a), avaliando a confiabilidade de teste-reteste das versões reduzidas, em 51 pacientes de um ambulatório de psiquiatria, concluíram que as versões com 1 e 4 questões não devem ser encorajadas para o uso na prática clínica, devido à baixa consistência interna. No entanto, nas versões 10 e 15, apesar de apresentarem grande variação nos escores individuais das questões, os escores totais permaneceram relativamente estáveis. Para a EDG-15, o ponto de corte 5/6 (sem sintomatologia depressiva/com sintomatologia depressiva) obteve sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999a, ALMEIDA; ALMEIDA, 1999b; SOUZA, 2007).

Ainda em nosso meio, Paradelo, Lourenço e Veras (2005), estudaram a validade da EDG-15 na identificação de episódio de depressão ou distímia⁹ em ambulatórios gerais. Os autores concluíram que a escala pode ser utilizada para rastreio de sintomas depressivos na população geriátrica ambulatorial, sugerindo o ponto de corte de 5/6 (sensibilidade = 81%; especificidade = 71%).

A EDG-15 é um instrumento de perguntas objetivas, com respostas dicotômicas “sim” ou “não”, em que a cada resposta afirmativa soma um ponto ao valor total. O escore pode variar de 0 até 15 pontos, sendo que pontuações mais altas apontam para possível presença de depressão (BRASIL, 2006; PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005). Foi adotado nesse estudo o ponto de corte 5/6 (ausência de sintomatologia depressiva/presença de sintomatologia depressiva). A escala foi aplicada para identificar a possível ocorrência de sintomatologia depressiva na população estudada e o seu escore foi transformado em uma escala de 0 a 100 para facilitar a interpretação dos dados.

4.3.2.4 Mini-Exame do Estado Mental

Elaborado por Folstein, Folstein e Mchugh (1975) é um instrumento utilizado mundialmente, que serve para rastreio de comprometimento/declínio cognitivo (BRUCKI *et al.*,

⁹ Distímia refere-se a um transtorno afetivo de natureza crônica, caracterizado por sintomatologia depressiva, cuja gravidade costuma ser menor que aquela encontrada na depressão maior (LIMA,1999).

2003; ARGIMON et al, 2005; LOURENÇO; VERAS, 2006; KOCHHANN et al, 2009). Embora planejado para ser empregado em ambiente clínico, por apresentar boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste, tem sido muito útil em estudos epidemiológicos como medida de funcionamento cognitivo em geral e como teste integrante de várias baterias neuropsicológicas (VIEIRA; KOENING, 2002; BRUCKI *et al.*, 2003; LOURENÇO; VERAS, 2006; VENTURA; BOTTINO, 2007; KOCHHANN et al, 2009).

O MEEM é um teste simples, de aplicação rápida (de cinco a quinze minutos), que pode ser utilizado por qualquer profissional da saúde (VIEIRA; KOENING, 2002; BRITO; NUNES; YUASO, 2007). O instrumento é composto de trinta questões categóricas divididas em dois tipos de subtestes: um verbal e um não-verbal. O verbal mede, em particular, a orientação temporo-espacial, a memória imediata, a evocação e memória de procedimento, a atenção e a linguagem. O não-verbal mede a coordenação perceptivo-motora e a compreensão de instruções. O escore pode variar de 0 até um total de 30 pontos, sendo que valores mais baixos apontam para possível comprometimento cognitivo (VIEIRA; KOENING, 2002).

No Brasil, na primeira versão publicada por Bertolucci e colaboradores (1994), foi observada forte e clara influência da escolaridade sobre os escores do MEEM. Os autores sugerem o ponto de corte estratificado de acordo com a escolaridade: 13 pontos para analfabetos (nenhum ano de estudo), 18 pontos para baixa (1 a 4 anos de estudo) e média escolaridade (4 a 8 anos de estudo) e 26 pontos para alta escolaridade (acima de 8 anos de estudo) (BERTOLUCCI *et al.*, 1994). Entretanto, outros estudos de validação em nosso país levam em consideração a definição de outros pontos de corte (ALMEIDA, 1998; BRUCKI *et al.*; 2003; LOURENÇO; VERAS, 2006).

O MEEM foi utilizado no estudo com dois objetivos. O primeiro, para responder aos critérios de exclusão de participantes com provável comprometimento cognitivo, a fim de não afetar a credibilidade dos resultados pela dificuldade dos idosos em compreender as questões. E, o segundo, para a caracterização dos participantes quanto a esta variável que representa, sem dúvida, uma das condições de saúde dos idosos participantes.

Para a exclusão de participantes com provável comprometimento cognitivo foi utilizado níveis de cortes estratificados de acordo com a escolaridade, conforme sugerido por Bertolucci e colaboradores (1994). Para a caracterização dos participantes foi utilizado o escore

transformado do MEEM total e de suas dimensões, após a extração de fatores (vide seção *Resultados*).

4.3.3 Avaliação subjetiva de qualidade de vida

A Organização Mundial da Saúde preconiza o desenvolvimento de programas e políticas públicas na área da saúde, aprendizagem, participação e segurança, buscando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (OMS, 2005; ILC-BRASIL, 2015).

Sendo assim, na presente pesquisa, a despeito das controversas sobre a conceituação e operacionalização da qualidade de vida (SANTOS et al., 2002; TRENTINI, 2004; POWER, 2008), torna-se importante realizar a sua apreciação mesmo que de forma genérica, uma vez que há uma certa concordância entre os pesquisadores em afirmar que a qualidade de vida na velhice é um constructo subjetivo, mutável e que está relacionado com vários aspectos pessoais, ambientais, de saúde e sociais, inclusive de desempenho de papéis familiares e comunitários (NERI, 2009; TORRES et al, 2009; REBELLATO, 2012).

No presente estudo, a avaliação subjetiva de qualidade de vida foi observada a partir da questão “*Como você avalia sua qualidade de vida*”, que é o primeiro item dos dois existentes na *Avaliação Global* do instrumento World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-BREF).

A resposta da questão apresenta-se em escala tipo *Likert* com escores de 1 a 5 (da apreciação mais negativa até a mais positiva). Para a análise dos dados a pontuação final foi transformada em uma escala de 0 a 100.

4.3.4 Solidariedade Intergeracional

Para avaliar o relacionamento, trocas e apoio entre gerações familiares, até o momento da elaboração da presente pesquisa, a Escala de Solidariedade Intergeracional (SI) era o único instrumento validado no país. A avaliação da solidariedade familiar intergeracional foi realizada utilizando-se parte da (SI), que é um instrumento de autorrelato que possui 21 questões de múltipla escolha subdivididas em 7 dimensões: Afetiva, Consensual, Conflituosa, Estrutural, Associativa, Funcional e Normativa (BENGSTON, ROBERTS, 1991; BENGSTON, OYAMA, 2007; BRAZ, 2013).

A solidariedade afetiva engloba sentimentos e percepções expressas por familiares sobre o seu relacionamento com outros parentes. A solidariedade consensual refere-se a concordância ou não de opiniões, valores e de orientações entre as gerações. A solidariedade conflituosa diz respeito ao grau de conflitos e tensões entre os membros da família. A solidariedade estrutural refere-se as condições ou oportunidades de interação entre as gerações, expressa pela proximidade geográfica entre os elementos familiares. Na solidariedade associativa avalia-se o tipo e a frequência de contatos entre os familiares. A solidariedade funcional envolve a assistência e o apoio oferecido e recebido entre as gerações. A solidariedade normativa refere-se as expectativas sobre as obrigações dos filhos e dos pais em relação aos cuidados e, também, às normas acerca da importância dos valores familiares (BENGSTON, ROBERTS, 1991; BENGSTON, OYAMA, 2007; BRAZ, 2013).

A SI foi desenvolvido por Bengtson (1971) e recentemente adaptado no Brasil (BRAZ, 2013). A adaptação transcultural da Escala de Solidariedade Intergeracional para a população brasileira foi iniciado por Pizzani e Matsukura e as etapas subsequentes de avaliações da equivalência semântica, idiomática, cultural e experimental, além da análise fatorial exploratória, foram realizadas por Braz (2013).

Inicialmente, tinha-se a pretensão de utilizar o instrumento na íntegra, porém, após o estudo piloto e verificação do tempo de duração da entrevista, foram selecionados 6 questões do instrumento, a saber: 3 dos 5 itens da dimensão afetiva, o único item da dimensão consensual e 2 dos 3 itens da dimensão conflituosa. Os itens foram selecionadas a partir do julgamento de sua influência na participação social de idosos.

Os 6 itens selecionados apresentam-se em escalas tipo *Likert* com escores de 1 a 6, totalizando um escore geral de 6 a 36 pontos. É importante destacar que a pontuação dos dois itens da dimensão Conflituosa possuem pontuação invertida em relação aos demais. Assim, no escore geral, após a inversão da pontuação desses itens, os escores totais superiores que resultaram da soma dos resultados dos 6 itens, correspondem a uma percepção de solidariedade intergeracional positiva. Posteriormente, o escore final foi transformado em uma escala de 0 a 100.

4.3.5 LIFE-H 3.1-Brasil

O LIFE-H 3.1-Brasil foi utilizado para a avaliação da participação social. É um instrumento auto-administrado ou aplicado em formato de entrevista, que pode ser respondido pela própria pessoa com deficiência (adolescente, adulto ou idoso), por outra pessoa (familiar/amigo) ou por um profissional (INDCP, 2014), sendo que neste estudo o instrumento foi aplicado em forma de entrevista com o próprio idoso.

O tempo para aplicação do LIFE-H 3.1-Brasil varia de 20 a 60 minutos e as questões compreendem desde tarefas simples, como usar o banheiro em casa até tarefas mais complexas, como por exemplo, assumir determinada responsabilidade (INDCP, 2014).

O instrumento possui 77 itens subdivididos em 12 domínios, a saber: os domínios *Nutrição, Condicionamento físico, Cuidados pessoais, Comunicação, Moradia e Mobilidade*, que integram a categoria *Atividades Diárias*, e os domínios *Responsabilidades, Relacionamentos Interpessoais, Vida em comunidade, Educação, Emprego e Recreação*, que integram a categoria *Papéis Sociais* (INDCP, 2014), conforme apresentado no Quadro 4.3.5.1

Quadro 4.3.5.1 – Número de itens e exemplos de hábitos de vida abordados em cada domínio do LIFE-H 3.1-Brasil

Categorias	Domínios	Exemplos de hábitos de vida abordados	Número de itens
Atividades Diárias	Nutrição	Escolher, preparar e comer refeições	4
	Condicionamento físico	Sono, atividades para manter ou melhorar o condicionamento físico e o bem-estar psicológico	4
	Cuidados pessoais	Cuidar da saúde e higiene pessoal, vestuário e uso do toalete	8
	Comunicação	Comunicação verbal e por escrito, ler e compreender informações e o uso de telefone, rádio, televisão e computador	8
	Moradia	Cuidar da limpeza da casa, movimentar-se no ambiente doméstico e uso de mobília e equipamentos	8
	Mobilidade	Locomover-se em diferentes superfícies, dirigir, andar de bicicleta e ser passageiro de diferentes veículos	5
Papéis Sociais	Responsabilidades	Assumir responsabilidades financeiras e perante a sociedade, assumir os cuidados de saúde e educação dos filhos	8
	Relacionamentos interpessoais	Manter relacionamento com o companheiro (inclusive sexual), filhos, outros membros da família e amigos	7
	Vida em comunidade	Chegar, entrar e transitar em prédios públicos, estabelecimentos comerciais e participar de grupos sociais e religiosos	8
	Educação	Participar de atividades educacionais, de treinamento vocacional ou de capacitação	2
	Emprego	Chegar, entrar, transitar e usar os serviços do seu principal local de trabalho, manter emprego remunerado e atividades voluntárias	8
	Recreação	Participar de atividades esportivas, recreativas, artísticas, culturais, artesanais, turísticas e usar serviços de recreação	7
	TOTAL		77

Em sua aplicação, os entrevistados são convidados a indicar como geralmente realizam cada hábito de vida no seu dia a dia, considerando o seu nível de realização (sem dificuldade, com dificuldade, realizado por um responsável, não realizado ou não se aplica), tipo de assistência (sem assistência, dispositivo de auxílio, adaptação ou ajuda humana) e nível de satisfação (muito insatisfeito, insatisfeito, mais ou menos insatisfeito, satisfeito ou muito satisfeito). Se um determinado item não faz parte dos hábitos de vida da pessoa, deve ser referido que este *não se aplica* (INDCP, 2014).

Muitos estudos canadenses que utilizaram o LIFE-H 3.1 para avaliar a participação social de idosos, não aplicaram os domínios *Educação* e *Emprego*, justificando que questões desses domínios não são relevantes para a maioria da população idosa (POULIN; DESROSIERS, 2008; POULIN; DESROSIERS, 2009; DESROSIERS et al., 2009a; DESROSIERS et al., 2009b; DEMERS et al., 2009; PLANTE et al., 2010).

Não obstante a esse fato, considerando que o presente estudo foi um dos primeiros, ou o primeiro, a utilizar o LIFE-H 3.1 na população idosa brasileira, optou-se por aplicar o instrumento na íntegra, a fim de verificar a adequação dos 77 itens do instrumento. Entretanto, como nos estudos internacionais, verificou-se a falta de aplicabilidade desses itens à amostra, e foram suprimidos os 2 itens do domínio *Educação* e os 8 itens do domínio *Emprego* na análise geral do instrumento.

Para a pontuação de cada item, uma escala de 10 níveis foi desenvolvida unindo o nível de realização e o tipo de assistência, como demonstra o Quadro 4.3.5.2, a seguir.

Quadro 4.3.5.2 – Descrição das categorias de pontuação

Score	Nível de dificuldade	Tipo de assistência
9	Realizado sem dificuldade	Sem assistência
8	Realizado sem dificuldade	Dispositivo de auxílio (ou adaptação)
7	Realizado com dificuldade	Sem assistência
6	Realizado com dificuldade	Dispositivo de auxílio (ou adaptação)
5	Realizado sem dificuldade	Assistência humana
4	Realizado sem dificuldade	Dispositivo de auxílio (ou adaptação) e assistência humana
3	Realizado com dificuldade	Assistência humana
2	Realizado com dificuldade	Dispositivo de auxílio (ou adaptação) e assistência humana
1	Realizado por um responsável	
0	Não realizado	
N/A	Não se aplica	

Fonte: ASSUMPÇÃO et al (2016) e <http://www.indcp.qc.ca>

Como o LIFE-H tem um número diferente de itens em cada domínio é realizado a sua pontuação ponderada utilizando a seguinte fórmula: $(\sum \text{ dos escores bruto } \times 10) / (\text{Número de itens aplicáveis } \times 9)$. Além da pontuação isolada por domínio, também é possível calcular o escore dos subgrupos *Atividades da Vida Diária e Papéis Sociais* e o escore total do instrumento (FOUGEYROLLAS *et al.*, 1999).

O escore total de cada domínio, subgrupo ou do instrumento total varia de 0 a 10, sendo que 10 indica ótimo nível de participação e 0 indica total restrição na participação (FOUGEYROLLAS *et al.*, 1999; NOREAU, 2007; ASSUMPÇÃO, 2014).

Como é possível observar no Quadro 4.2.5.2, os itens não aplicáveis não são contados para o escore bruto e o nível de satisfação não é considerado no processo de pontuação, mas, este último, pode ser utilizado para documentar a qualidade da participação social (FOUGEYROLLAS *et al.*, 1999; NOREAU, FOUGEYROLLAS, VICENT, 2002; ASSUMPÇÃO, 2014).

No Brasil, apesar do nível de satisfação, que é uma escala qualitativa ordinal com 5 opções (muito insatisfeito a muito satisfeito), ter sido submetida a adaptação transcultural, não teve as suas propriedades de medida avaliadas (ASSUMPÇÃO, 2014). A fiabilidade da escala de satisfação também não foi estudada no contexto internacional (POULIN, DESROSIERS, 2009) e, apesar de ter sido aplicada no presente estudo, os seus dados não foram utilizados para análise neste momento, devido ao recorte escolhido para esta tese.

Nesse estudo, a pontuação bruta das dimensões do LIFE-H, extraídas na análise fatorial foi transformada para uma escala de 0 a 100 e, em seguida foram utilizadas como variáveis dependentes (vide seção *Resultados*).

É importante ainda destacar que o Assessment of Life Habits (LIFE-H) foi inicialmente criado para avaliar a qualidade da participação social de pessoas com deficiência e, só mais recentemente, as diferentes versões do instrumento também tem sido utilizada em idosos sem deficiência (DESROSIERS *et al.*, 2009b; DEMERS *et al.*, 2009).

No presente estudo, que teve como participantes pessoas idosas independentes, a distribuição dos dados recolhidos com o uso do LIFE-H não foi normal; mostrou-se enviesada no sentido positivo, sinal de preservação da capacidade física e cognitiva da maioria dos idosos. Contudo, considerando que o próprio processo de envelhecimento traz consigo um declínio das funções e estruturas dos corpo que pode levar a uma diminuição da capacidade funcional, aspecto

fundamental para o envelhecimento saudável (ARAÚJO, CEOLIM, 2007; NOGUEIRA et al, 2010; FERREIRA et al, 2012), faz-se fundamental avaliar a qualidade da participação social de idosos mesmo que sejam independentes e sem deficiências, de modo a identificar potenciais problemas e sugerir intervenções.

4.4 Procedimentos

4.4.1 Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, sob o parecer nº 518.999, homologado em 31/01/2014.

Participaram da pesquisa somente os idosos que manifestaram interesse em participar voluntariamente, após esclarecimento e definição de seus direitos e garantias, seguindo-se a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os cuidados necessários, com a presença amigável e respeitosa da pesquisadora, explicação de cada item, de forma acessível, e a disponibilidade para esclarecimentos de dúvidas, foram assegurados pela pesquisadora a fim de minimizar algum tipo de constrangimento ou desconforto dos participantes durante todo o processo da pesquisa.

Os casos de idosos indetificados com problemas de saúde que até então não tinham sido relatados à equipe das Estratégias de Saúde da Família foram discutidos com a equipe de enfermagem e encaminhados para avaliação e acompanhamento em cada unidade.

A confidencialidade dos dados na divulgação da pesquisa foi garantida. A equipe das ESF e os idosos participantes serão informados sobre os resultados da presente pesquisa por meio de uma palestra e, além disso, um exemplar da tese será entregue à Secretaria de Saúde do município.

4.4.2 Aplicação Piloto

Foi realizada uma aplicação piloto dos instrumentos, com a participação de três idosos (1 homem e 2 mulheres), escolhidos por conveniência, cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde do município de Araras/SP. Os idosos foram convidados a participar do estudo piloto

enquanto aguardavam atendimento médico no serviço e atenderam aos critérios de inclusão descritos na seção *Participantes*.

Esta etapa foi realizada com o objetivo de possibilitar à pesquisadora a familiarização com o uso dos instrumentos selecionados, sobretudo com o LIHE-H 3.1-Brasil, possibilitar a compreensão uniforme dos itens e vocabulário utilizado por parte dos participantes, além da verificação da média total do tempo de entrevista, que foi de 1h30. A partir desse resultado, optou-se em selecionar alguns itens da Escala de Solidariedade Intergeracional para a utilização na pesquisa, ao invés do seu uso na íntegra, com o intuito de reduzir o tempo de entrevista.

4.4.3 Localização dos participantes

Foi solicitada autorização à Secretaria Municipal de Saúde para a realização da pesquisa com os idosos cadastrados em Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Araras/SP. Após o aceite, as 15 unidades de ESF da região urbana do município foram visitadas pela pesquisadora, a fim de apresentar os objetivos da pesquisa, solicitar o número de idosos cadastrados e conhecer a dinâmica do serviço para o planejamento do trabalho, pois algumas unidades ofereciam atendimentos a idosos em horários e dias específicos da semana.

O número de idosos cadastrados ($n = 5.073$ idosos) foi informado pela equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde de cada unidade, que concederam a informação diretamente à pesquisadora em um prazo variável de 2 a 15 dias.

A intenção inicial era de realizar a pesquisa em todas as unidades de ESF, selecionando a amostra de forma probabilística aleatória. Porém, no momento da pesquisa o município estava iniciando processo de informatização do cadastro dos usuários da Atenção Básica, portanto, não possuía informações atualizadas a respeito do contato e endereço de parte dos idosos, o que poderia prejudicar a localização do idoso selecionado pela amostragem, além disso, haviam unidades em reforma e outras que estavam temporariamente sem equipe por motivo de férias ou afastamentos.

Dessa forma, para participar da pesquisa optou-se em convidar os idosos que por demanda espontânea procurassem atendimento na ESF, na ocasião em que a pesquisadora se encontrava na unidade. A pesquisadora permaneceu em cada unidade, em média, 8 dias úteis (mínimo de 5 e máximo de 12).

O critério estabelecido para iniciar a coleta de dados foi definido pela porcentagem de idosos de cada região do município, ou seja, foi iniciado pelas Estratégias de Saúde da Família localizadas nas regiões da cidade com a maior porcentagem de idosos, segundo dados fornecidos pelo IBGE da cidade (IBGE, 2010), a saber: Região Oeste, Região Sul, Região Norte e, em seguida, Região Leste.

4.4.4 Coleta de dados

Após o aceite dos idosos em participar da pesquisa, foi agendada previamente a realização da coleta de dados em sua residência (n = 74) ou na própria unidade de ESF (n = 101), a depender da sua preferência.

Inicialmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido integralmente em voz alta pelo pesquisador e acompanhado pelo idoso em outra via. As dúvidas e curiosidades que surgiram nesse momento foram imediatamente sanadas. Posteriormente, foi aplicado o instrumento MEEM para a exclusão de participantes com comprometimento cognitivo. Após essa fase, dando sequência à coleta de dados, a ficha de identificação e os outros instrumentos foram aplicados.

Todos os instrumentos, assim como a ficha de identificação, foram aplicados por meio de entrevista e preenchidos pelo pesquisador, a fim de evitar erros de interpretação, considerando a baixa escolaridade da população idosa brasileira (IBGE, 2010). As dúvidas que surgiram sobre as questões foram imediatamente esclarecidas pelo pesquisador, que manteve as precauções necessárias para diminuir os riscos de indução de respostas, pela própria postura e/ou na expressão das falas, e o respeito em relação às instruções de aplicação de cada instrumento.

A coleta de dados foi realizada entre 04/08/2014 a 02/03/2015 e o tempo médio da coleta, para cada participante, foi em torno de 1 hora.

Foram coletados os dados de 175 idosos, ou seja, 3,5% dos idosos cadastrados (n = 5.073) nas Estratégias de Saúde da Família do município, 50% residentes nas regiões Norte e Oeste da cidade, regiões com maior desenvolvimento socioeconômico, e 50% residentes nas regiões Sul e Leste da cidade, regiões com menor desenvolvimento socioeconômico (SEADE, 2010).

Além disso, buscou-se manter a porcentagem de, pelo menos, 60% de mulheres em todas as ESF alcançadas pela pesquisa, haja vista que a composição da população idosa de

Araras/SP, assim como no âmbito nacional, é constituída em sua maioria por mulheres (IBGE, 2013).

Nenhum idoso foi excluído pelos critérios preestabelecidos. Não foi calculado o número de recusas recebidas durante o convite para participação, mas após o aceite e agendamento da coleta de dados, 21 idosos não compareceram na data e horário marcado.

4.4.5 Definição operacional das variáveis

A participação social foi considerada como variável dependente, cuja variabilidade este estudo pretende explicar. As suas diferentes manifestações foram operacionalizadas pelas dimensões do LIFE-H 3.1-Brasil resultantes da análise fatorial, dimensões Cuidados Pessoais, Comunidade, Recreação e Comunicação, além da escala global, a saber: LIFE-H 3.1-Brasil (42 itens). Os escores de cada dimensão e do instrumento com 42 itens, que são variáveis contínuas, foram utilizados em formato de escala transformada de 0 a 100.

No presente estudo, as variáveis independentes (previsores) de caracterização dos sujeitos foram organizadas em sociodemográficas, de saúde, de solidariedade intergeracional e de qualidade de vida.

As variáveis sociodemográficas foram compostas por:

- 1) Gênero - variável categórica, codificada como 0 feminino e 1 masculino¹⁰;
- 2) Idade - calculada pela data de nascimento informada no momento da entrevista. Foi utilizada como variável contínua e também categórica, organizada e codificada da seguinte forma: 0 para 60 a 69 anos, 1 para 70 a 79 anos e 2 para acima de 80 anos;
- 3) Estado civil - variável categórica, codificada como 0 não casado e 1 casado¹¹;
- 4) Viuvez - variável categórica, codificada como 0 não viúvo e 1 viúvo¹¹;
- 5) Escolaridade - calculada pelos anos de estudo. Foi utilizada como variável contínua e também categórica, organizada e codificada da seguinte forma: 0 para 0 a 3 anos, 1 para 4 a 7 anos e 2 para 8 anos ou mais de estudo;

¹⁰ A categoria 1 serviu de referencia, quando necessário a transformação desta variável categórica em variável auxiliar (dummy), conforme sugerido por Field (2009) e Maroco (2014).

- 6) Renda - variável categórica, codificada da seguinte forma: 0 abaixo de 1 salário mínimo, 1 para 1 a 3 salários mínimos e 2 para acima de 3 salários mínimos. Posteriormente para a sua codificação como variável auxiliar (dummy), o valor 0 corresponde as rendas até 3 salários mínimos e 1 rendas acima de 3 salários mínimos¹¹;
- 7) Situação habitacional - variável categórica, codificada como 0 casa cedida/alugada e 1 casa própria/financiada¹¹;
- 8) Satisfação com o bairro - variável numérica intervalar e categórica, codificada da seguinte forma: 0 insatisfeito, 1 Mais ou menos satisfeito, 2 satisfeito e 3 muito satisfeito;
- 9) Região da cidade - variável categórica, codificada da seguinte forma, para a realização do estudo comparativo: 0 para região Norte, 1 para região Sul, 2 para região Oeste e 3 para região Leste. Para a análise correlacional e de regressão foi codificada como variável auxiliar (dummy), levando em conta as condições socioeconômicas de cada região, 0 para as duas regiões com piores condições socioeconômicas (regiões Sul e Leste) e 1 para as duas regiões com melhores condições socioeconômicas (regiões Norte e Oeste)¹¹;
- 10) Situação ocupacional - variável categórica, codificada como 0 ativo e 1 inativo¹¹;
- 11) Aposentado - variável categórica, codificada como 0 não (não aposentado) e 1 sim (aposentado)¹¹;
- 12) Arranjo familiar - variável categórica, codificada como 0 mora acompanhado e 1 mora sozinho¹¹;
- 13) Possuir filhos - variável categórica, codificada como 0 não (não possui) e 1 sim (possui)¹¹;
- 14) Número de filhos - variável numérica discreta, obtida a partir do relato dos participantes;
- 15) Possuir netos - variável categórica, codificada como 0 não (não possui) e 1 sim (possui)¹¹;

As variáveis de saúde foram compostas por:

- 1) Presença de doenças - variável categórica, codificada como 0 não (não possui) e 1 sim (possui);
- 2) Quantidade de doenças - variável categórica, codificada da seguinte forma: 0 nenhuma, 1 uma doença e 2 mais que uma doença;
- 3) Número de doenças - variável numérica discreta. Informação obtida a partir do relato dos participantes (autorreferida), ao invés dos prontuários que estavam em processo de padronização e informatização dos dados;
- 4) EDG-15 - Para verificar a presença e o número de sintomatologia depressiva, a escala foi utilizada como variável contínua e também categórica, organizada e codificada da seguinte forma: 0 para idosos sem sintomatologia depressiva (≤ 5) e 1 para idosos com sintomatologia depressiva (≥ 6);
- 5) MEEM Total (16 itens) - Para avaliar o nível de capacidade cognitiva os escores do MEEM Total (16 itens) foram utilizados como variável contínua. A transformação em variável categórica foi efetuada a partir da mediana: 0 baixo (≤ 86) e 1 alto (≥ 87);
- 6) Concentração e praxia (MEEM) - variável contínua e também categórica, definida a partir da mediana, organizada e codificada da seguinte forma: 0 baixo (≤ 76) e 1 alto (≥ 77);
- 7) Orientação espacial e temporal (MEEM) - variável contínua e também categórica, definida a partir da mediana, organizada e codificada da seguinte forma: 0 baixo (≤ 99) e 1 alto ($=100$);
- 8) Prática de atividade física - variável categórica, codificada como 0 não (não pratica) e 1 sim (pratica)¹¹;
- 9) Avaliação subjetiva de saúde - variável numérica intervalar e categórica, definida a partir da mediana, codificada como 0 baixa (≤ 61) e 1 alta (≥ 62).

A solidariedade intergeracional foi composta por uma única variável, obtida por meio da soma dos itens da Escala de Solidariedade Intergeracional. Foi utilizada como variável numérica intervalar e também categórica, definida a partir da mediana, codificada como 0 SI baixa (≤ 79) e 1 SI alta (≥ 80).

A avaliação subjetiva de qualidade de vida foi composta por uma única variável, que foi operacionalizada como variável numérica intervalar, mas também, em certas análises, como categórica, definida a partir da mediana, codificada como 0 baixa (≤ 74) e 1 alta (≥ 75).

Para as variáveis que se seguem, de modo a uniformizar a métrica das escalas e tornar a interpretação dos resultados mais inteligível, as escalas foram transformadas de 0 a 100, sendo o valor 100 a pontuação máxima. Salvo casos excepcionais devidamente assinalados, a sua transformação em variáveis categoriais escolheu como critério de divisão dos grupos a mediana do valor transformado do escore final (50% com escores superiores vs 50% com escores inferiores à mediana).

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi descritiva, comparativa, correlacional e multivariada.

Os dados coletados foram inicialmente inseridos em base de dados informatizada (Microsoft Excel). Em seguida, os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, por meio de frequências absolutas e relativas, bem como média, desvio padrão e mediana.

Para avaliar certas qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados, análises fatoriais foram realizadas após a verificação da normalidade dos dados e dos índices KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) (valor acima de 0,5) e do teste de Esfericidade de Bartlett (estatisticamente significativo). Foi utilizado o método de Fatoração dos Eixos Principais, com rotação ortogonal (Varimax).

Foi calculado ainda o Coeficiente Alfa de Cronbach, sendo considerado o mínimo aceitável o valor superior a 0,60, a fim de verificar a consistência interna das seguintes escalas: Avaliação subjetiva de saúde, EDG-15, MEEM, Escala de Solidariedade Intergeracional e das dimensões do LIFE-H 3.1-Brasil.

O estudo correlacional foi realizado pelo Coeficiente de Correlação de *Pearson*, sendo consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$. Para tal, as variáveis categóricas foram transformadas em variáveis auxiliares (dummy). É importante destacar que a magnitude de correlação foi interpretada a partir da classificação de Cohen (1988): $r = 0,10$ até $0,29$ – correlação fraca; $r = 0,30$ a $0,49$ – correlação média; e $r = 0,50$ até 1 – correlação forte.

Na análise comparativa da participação social entre grupos formados a partir de variáveis sociodemográficas, de saúde, de solidariedade intergeracional e de qualidade de vida

foram utilizados os testes *t* de Student, Mann-Whitney e ANOVA. O teste *t* de Student foi utilizado para realizar a comparação de dois grupos independentes, o teste de Mann-Whitney foi utilizado para amostras com proporções significativamente diferentes e a Análise de Variância Unifatorial (*One-Way* ANOVA), com pós-teste (post-hoc test) de Tukey para a comparação de três ou mais grupos.

A análise multivariada foi conduzida pela Análise de Regressão Linear, obtendo o coeficiente de regressão padronizado (Beta - β), com intervalo de 95% de confiança (IC95%). A participação social, por meio das dimensões extraídas da análise fatorial, foi considerada variável dependente (critério). As variáveis sociodemográficas, de saúde, de solidariedade intergeracional e de qualidade de vida foram consideradas variáveis independentes (previsores). As variáveis independentes foram previamente selecionadas a partir dos resultados do estudo correlacional, utilizando como critério de seleção a força de magnitude de correlação igual ou maior que 0,20. O método utilizado foi o *ENTER*, com critério de probabilidade p-valor de 5%.

Devido ao tamanho da amostra, a análise de regressão final do *LIFE-H Total* e de cada dimensão do instrumento foi realizada após 4 etapas preliminares de análises, a saber: (a) com as variáveis sociodemográficas como preditores; (b) com os indicadores de saúde como preditores; (c) com a solidariedade intergeracional (SI) e avaliação subjetiva de qualidade de vida (QV) como preditores; e (d) com as variáveis que se manifestaram como preditores significativos nas análises (a), (b) e (c). Por último, foi realizada a análise de regressão final com as variáveis identificadas como possíveis preditores significativos na etapa (d).

Não foram introduzidas na equação de regressão, as variáveis independentes com forte correlações, acima de 0,75 de força de magnitude, para que a multicolinearidade não prejudicasse a análise. Além da multicolinearidade, outros pressupostos foram analisados, a distribuição normal e a homogeneidade foram verificadas graficamente e a independência dos erros foi validada com a estatística de Durbin-Watson, como descrito por Maroco (2014).

As análises foram feitas pelo software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) v23.0, pela própria pesquisadora e orientadoras.

5 RESULTADOS

Os resultados do estudo são apresentados de acordo com os objetivos propostos, a fim de responder as hipóteses na ordem que foram organizadas na seção *Objetivos*. Inicialmente são apresentados os resultados relacionados aos *Objetivos Específicos*: 1) Investigar as dimensões dos instrumentos utilizados e a sua fiabilidade; 2) Caracterizar o perfil da população idosa cadastrada em Estratégias de Saúde da Família; 3) Identificar associações entre as condições sociodemográficas, de saúde, percepção de solidariedade intergeracional e qualidade de vida; 4) Comparar os níveis de participação social de subgrupos de idosos cadastrados em Estratégias de Saúde da Família em função de fatores sociodemográficos, de saúde, de solidariedade intergeracional e de percepção de qualidade de vida. Por fim, são descritos os resultados referente ao *Objetivo Geral*, isto é, referente aos preditores da participação social em idosos cadastrados em Estratégias de Saúde da Família do município de Araras/SP.

5.1 Dimensões dos instrumentos utilizados e sua fiabilidade

Esta seção envolveu a investigação das dimensões dos instrumentos utilizados como variáveis independentes e dependentes e da sua fiabilidade com o objetivo de avaliar a qualidade dos mesmos.

Foi realizado a avaliação da sensibilidade dos itens das escalas, ou seja da sua capacidade em apreender as variações inter-individuais. Este aspecto foi observado a partir da frequência de escolha de cada uma das alternativas de resposta dos itens, sendo que foi suprimido os itens em que a grande maioria dos participantes escolheram a mesma alternativa de resposta, uma vez que não houve variação deste comportamento na população estudada ou pela incapacidade do item em apreender esta variação.

Em seguida, sempre que justificável, foi realizada a avaliação da estrutura unidimensional ou multidimensional de todos os instrumentos utilizados no estudo por meio da análise fatorial exploratória. A análise fatorial é uma técnica estatística de análise exploratória de dados que permite recolher elementos que contribuem para a validade de constructo do instrumento, a partir da análise da covariância entre as respostas aos itens de um mesmo instrumento, estabelecendo o número e a natureza de fatores instrínsecos que melhor explicam o conjunto de variáveis originais (observáveis) (FIELD, 2009; DAMÁSIO, 2012; MAROCO,

2014). As correlações entre as variáveis são analisadas e as variáveis agrupadas em fatores de acordo com a força dessas correlações (PINHO et al, 2010).

A análise fatorial foi realizada após a verificação da normalidade dos dados e dos índices KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) (valor acima de 0,5)¹¹ e do teste de Esfericidade de Bartlett (estatisticamente significativo). Foi utilizado o método de Fatoração dos Eixos Principais, com rotação ortogonal (Varimax) e, após a fase exploratória de identificação do número de fatores, a do scree plot¹², foi determinado uma estrutura que correspondesse as dimensões teoricamente aceitáveis, ou seja, que fosse simultaneamente interpretável e apresentasse dimensões consistentes. Assim, foi realizado a avaliação da consistência interna das dimensões evidenciadas.

A análise da consistência interna, que teve como objetivo demonstrar a fiabilidade das medidas na correlação entre diferentes itens da mesma escala, foi verificado pelo Coeficiente Alfa de Cronbach (FIELD, 2009). O Coeficiente Alfa de Cronbach varia de zero a um, sendo zero ausência total de consistência e um consistência interna total. No presente estudo, o valor superior a 0,60 do Coeficiente Alfa de Cronbach foi considerado o mínimo aceitável (FIELD, 2009).

Conjuntamente, a análise fatorial e a consistência interna das dimensões evidenciadas permitiram decidir quanto aos modos de utilização dos instrumentos nas etapas subsequentes deste estudo.

A seguir serão apresentadas sucessivamente as análises da Avaliação subjetiva de saúde, das versões brasileiras da Escala de Katz, da Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens (EDG-15) e do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), seguida pela Avaliação subjetiva de qualidade de vida, dos itens da Escala de Solidariedade Intergeracional (SI) e da Avaliação de Hábitos de Vida (LIFE-H 3.1-Brasil).

¹¹ O índice KMO varia de 0 a 1. Valor próximo a 0 indica que a soma das correlações parciais é grande em relação a soma das correlações, sendo inapropriado a realização da análise fatorial. Valor próximo a 1 indica que padrões de correlações são relativamente compactos (FIELD, 2009).

¹² Demonstra graficamente os autovalores associados a um fator de forma decrescente, facilitando a seleção do número de fatores, a partir do ponto que indica uma redução da amplitude dos autovalores explicado pelos fatores seguintes, pode ser também denominado de diagrama de declividade (FIELD, 2009).

5.1.1 Avaliação subjetiva de saúde

A Tabela 5.1.1.1, apresenta a frequência dos itens da avaliação subjetiva de saúde.

Tabela 5.1.1.1 – Frequência dos itens da Avaliação subjetiva de saúde (n = 175)

VARIÁVEIS	n	%
Avaliação de Saúde (autorreferida)		
Ruim	12	6,9
Regular	63	36,0
Boa	78	44,6
Muito boa	8	4,5
Excelente	14	8,0
Satisfação com a saúde (autorreferida)		
Muito insatisfeito	3	1,7
Insatisfeito	14	8,0
Mais ou menos	19	10,9
Satisfeito	115	65,7
Muito satisfeito	24	13,7

Em relação a avaliação de saúde autorreferida, 22 (12,5%) idosos a julgaram *Excelente* ou *Muito boa*; 78 (44,6%) *Boa* e 75 (42,9%) *Regular* ou *Ruim*. Apesar do fato de muitos idosos referirem que não possuem boa saúde, 139 idosos (79,4%) estão *Muito satisfeito* ou *Satisfeito* com a sua condição.

Na presente pesquisa, o escore das duas questões referente a avaliação subjetiva de saúde foram combinados e a escala foi utilizada em sua forma unidimensional. A pontuação total da avaliação ficou entre 2 e 10, a média e desvio padrão foram de 6,5 e 1,5, respectivamente, com mediana e moda de 7 pontos. A pontuação média transformada foi de 56,5, com mediana e moda de 65,5 pontos. A variância acumulada das duas variáveis com 1 fator foi de 48%, com correlação de 0,69. O valor do Alfa de Cronbach da escala foi de 0,65, indicando confiabilidade razoável.

5.1.2 Escala de Katz

Não foi realizado a análise fatorial e nem calculado o Coeficiente Alfa de Cronbach da Escala de Katz, devido ao fato de ser uma escala de avaliação da capacidade funcional com domínios relativamente independentes.

Além disso, observou-se uma homogeneidade total de respostas dos itens 3, 4 e 6, que se referem a *Higiene Pessoal*, *Transferência* e *Alimentação*, respectivamente. A variação de respostas nos itens 1 e 2, *Banho* e *Vestir-se*, respectivamente, foi pequena. Apenas 5 (2,9%) idosos responderam que recebem ajuda para o banho e 2 (1,1%) necessitam de ajuda para vestir-se. A maior dificuldade dos idosos se refere ao item 5 sobre *Continência*, 29 (16,6) idosos apresentam problemas em manter a continência vesical e/ou intestinal total.

5.1.3 Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens (EDG-15)

Para analisar a estrutura fatorial da EDG-15 no Brasil, os estudos realizados por Pinho e colaboradores (2010) e Alvarenga, Oliveira e Faccenda (2012) foram realizados com 3 e 4 fatores, respectivamente, enquanto que os estudos internacionais identificaram de 1 a 7 fatores (ERTAN; EKER, 2000; JANG; SMALL; HALEY, 2001; INCALZI et al, 2003; BAE; CHO, 2004; ONISHI et al, 2006; CHAU et al, 2006). Esta variação pode ser justificada por aspectos metodológicos. Pinho e colaboradores (2010) sugerem mais estudos sobre a estrutura fatorial da EDG-15, especialmente, no Brasil para aprofundamento das dimensões da escala.

O índice de adequação da amostra KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) apresentou valor de 0,709 e o teste de Esfericidade de Bartlett foi significativo a um nível de $p < .000$, indicando que as correlações entre os itens eram suficientes para a realização da análise fatorial (MAROCO, 2014). A estrutura fatorial com 2 fatores (Tabela 5.1.3.1) foi considerada adequada utilizando a exigência do valor mínimo de 0,25 na carga fatorial, o que levou a supressão dos seguintes itens:

- 9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?
- 15. Acha que tem muita gente em situação melhor?

A estrutura fatorial da EDG-15 com 2 fatores está apresentada a seguir.

Tabela 5.1.3.1 – Estrutura fatorial da EDG-15 (2 fatores)

Item	Fator	
	Fator 1 Humor e desesperança	Fator 2 Motivação
8. Sente-se desamparado(a) com frequência?	,695	
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	,670	
3. Acha sua vida vazia?	,470	
1. Satisfeito(a) com a vida?	,465	
13. Sente-se cheio(a) de energia?	,338	
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	,280	
10. Acha que tem mais problemas de memória que as outras pessoas?	,278	
14. Acha que sua situação tem solução?		,666
12. Vale a pena viver como vive agora?		,545
2. Interrompeu muitas de suas atividades?		,421
5. Sente-se bem com a vida a maior parte do tempo?		,410
4. Aborrece-se com frequência?		,402
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora?		,389
Nº de itens	7	6
Consistência (Alfa de Cronbach)	0,62	0,63
Variância Total Explicada (%)	13,841	11,367
Variância Total Explicada Acumulada (%)	13,841	25,208

A variância total explicada pelos fatores 1 e 2 foi de 13,8% e 11,3%, respectivamente, resultando na variância total explicada acumulada de 25,2%. A consistência interna dos dois fatores denominados de “Humor e desesperança” e “Motivação” apresentaram Coeficiente Alfa de Cronbach acima de 0,60, porém valores abaixo do Coeficiente do instrumento total que foi de 0,72. Assim, optou-se em utilizar o instrumento em sua forma unidimensional

De modo a uniformizar a métrica das escalas e tornar a interpretação dos resultados mais inteligível, as escalas foram transformadas de 0 a 100, sendo o valor 100 a pontuação máxima. Na transformação, obteve-se média e desvio padrão de 25,4, e 17,2, respectivamente. A mediana e moda foram de 20,0 e 13,3 pontos, respectivamente.

5.1.4 Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

A análise fatorial do MEEM já foi realizada por alguns autores no Brasil e no mundo (JONES; GALLO, 2000; BAÑOS; FRANKLIN, 2002; CASTRO-COSTA et al, 2007; FUZIKAWA, 2007). No geral, os autores identificaram de 2 a 5 fatores, mas as divergências de abordagem metodológica e o tamanho da amostra não possibilitaram um consenso quanto ao número de fatores e as funções cognitivas de cada fator (FUZIKAWA, 2007).

Para a realização da análise fatorial no presente estudo, inicialmente foram excluídos os itens 12, 23 e 26 por não apresentarem variabilidade nas respostas. Os itens 12, 23 e 26, a

saber, são, respectivamente: o segundo item do domínio memória de evocação, o segundo item da linguagem (nomeação) e o segundo item da compreensão de instrução (seguir ordem simples).

O índice de adequação da amostra KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) apresentou valor de 0,628 e o teste de Esfericidade de Bartlett foi significativo ($p < .000$), o que indicaram níveis de correlação razoáveis entre dados da amostra, sendo, portanto, adequado para a realização de uma análise fatorial.

Após diversas tentativas, a estrutura fatorial do MEEM com 2 fatores foi aceita por apresentar dimensões interpretáveis, além de serem suficientes para explicar a variabilidade dos dados (Tabela 5.1.4.1). Só foram incluídos nas respectivas dimensões os itens cuja carga fatorial foi igual ou superior a de 0,25, ou seja, por ser pouco discriminante os itens com baixa relação com os outros itens não foram considerados, a saber:

4. Orientação temporal (dia da semana)
5. Orientação temporal (dia do mês)
6. Orientação espacial (local)
7. Orientação espacial (rua)
11. Memória imediata (1ª item)
13. Memória imediata (3ª item)
19. Memória de evocação (1ª item)
20. Memória de evocação (2ª item)
21. Memória de evocação (3ª item)
22. Nomeação (1ª item)
25. Seguir uma ordem (1ª item)

A estrutura fatorial do MEEM com dois fatores está representada a seguir

Tabela 5.1.4.1 – Estrutura fatorial do MEEM (2 fatores)

Item	Fator	
	Fator 1 Concentração e praxia	Fator 2 Orientação espacial e temporal
16. Cálculos (3ª item)	,692	
17. Cálculos (4ª item)	,684	
18. Cálculos (5ª item)	,655	
15. Cálculos (2ª item)	,604	
14. Cálculos (1ª item)	,582	
29. Escrever 1 frase	,535	
28. Ler e executar a ordem	,499	
30. Copiar o desenho	,441	
24. Repetir a frase	,262	
10. Orientação espacial (estado)		,877
9. Orientação espacial (cidade)		,589
1. Orientação temporal (ano)		,476
2. Orientação temporal (horário)		,449
8. Orientação espacial (bairro)		,380
3. Orientação temporal (mês)		,340
27. Seguir uma ordem (3ª item)		,312
Nº de itens	9	7
Consistência (Alfa de Cronbach)	0,81	0,70
Variância Total Explicada (%)	12,353	8,333
Variância Total Explicada Acumulada (%)	12,353	20,686

A variância total explicada por cada fator, ou seja, o grau de importância de cada fator para explicar a variação da escala total, foi de 12,3% e 8,3%, respectivamente. A variância acumulada foi de 20,7%.

A consistência interna dos dois fatores denominados de “Concentração e praxia” e “Orientação espacial e temporal” apresentaram valores iguais ou acima de 0,70 e foram utilizados nas análises subsequentes.

Em seguida, foram analisadas as relações entre as 2 dimensões do MEEM, bem como as suas relações com a escala total ou seja o MEEM com 16 itens que corresponde a soma das 2 dimensões evidenciadas na análise fatorial. Como evidenciada na Figura 5.1.4.1, a correlação entre as dimensões do MEEM é fraca ($r= 0,39$) o que indica que se trata de dimensões que avaliam facetas distintas do construto. Além disso, as 2 dimensões estão correlacionadas com o MEEM Total (16 itens) ($r= 0,98$ e $0,59$ respectivamente), contribuído significativamente para a avaliação da condição cognitiva do idoso, sendo justificada, portanto, a utilização do instrumento em sua forma unidimensional.

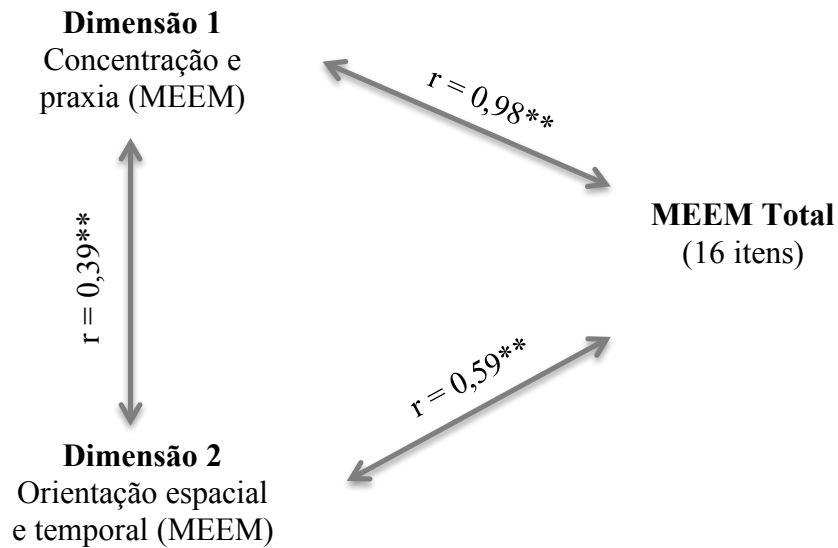


Figura 5.1.4.1 – Correlações entre as variáveis do MEEM
 **significativo $p \leq 0,01$.

A avaliação da consistência interna da forma unidimensional do instrumento com os 16 itens é satisfatória (Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,81) permitindo a sua utilização na análise de comparação, correlação e regressão linear.

A média da pontuação transformada do Fator 1 - “Concentração e praxia” foi de 65,5, a mediana e moda foram de 77,8 e 88,9 pontos, respectivamente. A media do Fator 2 - “Orientação espacial e temporal” foi de 96,6, com mediana e moda de 100. A pontuação média do MEEM com os 16 itens foi de 79,1, com mediana e moda de 87,5 pontos (Tabela 5.1.4.2).

Tabela 5.1.4.2 – Dados descritivos dos Fatores do MEEM e do instrumento com 16 itens

Fatores do LIFE-H 3.1-Brasil	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Concentração e praxia (Fator 1)	65,5	28,4	0	100	77,8	88,9
Orientação especial e temporal (Fator 2)	96,6	10,8	29	100	100	100
MEEM (16 itens)	79,1	18,3	19	100	87,5	87,5

5.1.5 Avaliação subjetiva de qualidade de vida

A Tabela 5.1.5.1, apresenta a frequência do único item da avaliação subjetiva de qualidade de vida.

Tabela 5.1.5.1 – Frequência do item da Avaliação subjetiva de qualidade de vida (n = 175)

VARIÁVEL	n	%
Avaliação subjetiva de qualidade de vida		
Muito ruim	0	0
Ruim	3	1,7
Regular	34	19,4
Boa	120	68,6
Muito boa	18	10,3

Quando perguntado “*Como você avalia sua qualidade de vida*”, 138 (78,9%) idosos afirmaram que a sua qualidade de vida é *Muito boa* ou *Boa*, 34 (19,4%) responderam *Nem ruim, nem boa* e apenas 3 (1,7%) referiram *Ruim*.

Não foi realizado a análise fatorial e nem calculado o Coeficiente Alfa de Cronbach da Avaliação subjetiva de qualidade de vida, devido ao fato de apresentar apenas uma variável (um item). O escore dessa avaliação variou de 2 a 5 pontos, com média de 3,8, desvio padrão de 0,6 e mediana e moda de 4 pontos. A pontuação média transformada foi de 71,8, variação de 25 a 100, mediana e moda de 75 e o desvio padrão de 14,8 pontos.

5.1.6 Escala de Solidariedade Intergeracional (SI)

5.1.6.1 Análise descritiva dos itens da Escala de Solidariedade Intergeracional

A frequência de respostas dos 163 participantes que possuíam filhos, no momento da pesquisa, no que se refere aos 6 itens da Escala de Solidariedade Intergeracional utilizados no estudo está evidenciada na Tabela 5.1.6.1.1

Tabela 5.1.6.1.1 – Frequência dos itens da Escala de Solidariedade Intergeracional (n = 163)

VARIÁVEIS	n	%
Relacionamento com os filhos		
Nada bom	0	0
Não muito bom	3	1,9
Mais ou menos bom	7	4,3
Razoavelmente bom	45	27,6
Muito bom	69	42,3
Totalmente bom	39	23,9
Comunicação com os filhos		
Nada boa	0	0
Não muito boa	4	2,5
Mais ou menos boa	10	6,1
Razoavelmente boa	29	17,8
Muito boa	90	55,2
Totalmente boa	30	18,4
Opinião dos filhos		
Nada parecida	13	8,0
Pouco parecida	19	11,7
Mais ou menos parecida	35	21,5
Razoavelmente parecida	24	14,7
Muito parecida	56	34,3
Totalmente parecida	16	9,8
Conflito com os filhos		
Total	0	0
Muito	2	1,2
Razoável	3	1,8
Médio	14	8,6
Baixo	38	23,3
Nenhum	106	65,1
Compreensão dos filhos		
Nada bem	3	1,8
Não muito bem	7	4,3
Mais ou menos bem	16	9,8
Razoavelmente bem	24	14,7
Muito bem	81	49,7
Totalmente bem	32	19,7
Filhos críticos		
Totalmente crítico	1	0,6
Muito crítico	5	3,1
Razoavelmente crítico	11	6,7
Mais ou menos crítico	19	11,7
Pouco crítico	38	23,3
Nada crítico	89	54,6

O *Relacionamento com os filhos*, neste momento da vida, foi avaliado por 42,3% idosos, 69 dos 163 que possuíam filhos, como *Muito bom*. A maioria também avaliou

positivamente a *Comunicação com os filhos*, indicando *Muito boa* ou *Totalmente boa*, com 55,2% (n = 90) e 18,4% (n = 30), respectivamente.

Referem, em sua maioria, que os filhos os compreendem *Muito bem* (n = 81; 49,7%) ou *Totalmente bem* (n = 32; 19,7%) e que são *Pouco críticos* (n = 38; 23,3%) ou *Nada críticos* (n = 89; 54,6%) com eles.

Quando questionados sobre a existência de conflitos ou tensões entre eles, 65,1% (n = 106) relataram *Nenhum* conflito. Entretanto, apesar deste fato, 55,8% (n = 91) dos idosos acreditam que as suas opiniões e valores sobre a vida não são *Totalmente parecidas* ou *Muito parecidas* com as dos seus filhos.

Os 6 itens da Escala de Solidariedade Intergeracional (SI) utilizados no estudo integram as dimensões *Afetiva*, *Conflito* e *Consensual*. A pontuação de cada questão da Escala de SI, que varia de 1 a 6, foram somadas, totalizando um escore geral de 6 a 36 pontos. As duas questões da dimensão *Conflito*, que são redigidas na forma negativa, tiveram a sua pontuação invertida tanto para a realização da análise descritiva quanto de consistência interna.

A pontuação da Escala de SI ficou entre 15 e 36, a média (desvio padrão) e mediana foram de 28,8 (4,6) e 30, respectivamente, com moda de 32 pontos. A pontuação média transformada foi de 76, com mediana e moda de 80 e 87 pontos, respectivamente.

5.1.6.2 Estrutura fatorial da dimensão de Solidariedade Intergeracional

Os resultados da análise fatorial exploratória da SI demonstrou ser compatível com uma estrutura unifatorial (Tabela 5.1.6.2.1). O índice de adequação da amostra KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) apresentou valor de 0,780 e o teste de Esfericidade de Bartlett foi significativo a um nível de $p < .000$

Tabela 5.1.6.2.1 – Estrutura fatorial dos itens da Escala de Solidariedade Intergeracional (1 fator)

Item	Domínio original	Fator 1 - SI geral
1. Comunicação com os filhos	Afetivo	,881
2. Relacionamento com os filhos	Afetivo	,831
3. Compreensão dos filhos	Afetivo	,696
4. Conflito com os filhos	Conflito	,623
5. Opinião dos filhos	Consensual	,499
6. Filhos críticos	Conflito	,445
Nº de itens		6
Consistência (Alfa de Cronbach)		0,80
Variância Total Explicada (%)		46,441
Variância Total Explicada Acumulada (%)		46,441

Foi avaliada a consistência interna da escala, considerando as respostas de 163 participantes, ou seja, de todos os participantes do estudo que possuíam filhos no momento da pesquisa e responderam as questões relativas a Solidariedade Intergeracional. Observou-se um valor do Alfa de Cronbach de 0,80, indicando muito boa confiabilidade.

5.1.7 LIFE-H 3.1-Brasil

5.1.7.1 Análise descritiva dos domínios do LIFE-H 3.1-Brasil

Os valores dos domínios e subgrupos do LIFE-H 3.1-Brasil estão descritos na Tabela 5.1.7.1.1, através dos cálculos da média, desvio padrão, pontuação máxima, pontuação mínima e mediana de cada um.

Tabela 5.1.7.1.1 – Valores dos domínios e subgrupos do LIFE-H 3.1-Brasil

Domínios do LIFE-H 3.1-Brasil	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Nutrição	175	9,5	1,1	5,0	10	10	10
Condicionamento Físico	175	8,3	1,9	3,1	10	9,2	10
Cuidados Pessoais	175	9,3	1,0	4,9	10	9,8	9,9
Comunicação	175	9,0	1,1	3,3	10	9,4	10
Moradia	175	8,7	1,4	4,8	10	9,2	10
Mobilidade	175	8,4	2,1	0	10	9,2	10
Responsabilidade	175	8,5	1,5	3,0	10	8,9	10
Relacionamentos Interpessoais	175	9,2	1,1	3,6	10	9,8	10
Vida em Comunidade	175	8,0	2,9	0,3	10	10	10
Recreação	167	6,3	3,8	0	10	7,8	10
Atividades básicas da vida diária	175	8,9	1,1	5,2	10	9,2	9,9
Papéis sociais	167	8,1	1,9	2,1	10	8,8	10
LIFE-H 3.1-Brasil Total	167	8,5	1,4	3,7	10	8,9	9,8

Os valores médio dos escores do LIFE-H 3.1-Brasil ficaram acima de 8 pontos, exceto o domínio *Recreação* que obteve média de 6,3 pontos, do total de 10 (ótimo nível de participação). As maiores média foram dos domínios *Nutrição*, *Cuidados Pessoais* e *Relacionamentos Interpessoais*, nessa ordem.

Considerando as pontuações máxima e mínima, é possível observar que as maiores variações ocorreram nos domínios *Mobilidade*, *Recreação* e *Vida em Comunidade*. As menores variações foram constatadas nos domínios *Nutrição*, *Cuidados Pessoais* e *Moradia*.

O domínio *Recreação* foi respondido por 167 (95,4%) idosos, ou seja, 167 idosos responderem pelo menos 1 item desse domínio. Assim, é possível dizer que nenhum dos 7 itens do domínio *Recreação* fazem parte dos hábitos de vida de 8 idosos (4,6%).

5.1.7.2 Estrutura fatorial do LIFE-H 3.1-Brasil

A análise fatorial da Avaliação de Hábitos de Vida (LIFE-H 3.1-Brasil) foi realizada, uma vez que foi identificado poucos estudos sobre a estrutura desse instrumento e, as análises existentes são direcionadas, exclusivamente, para medir a dificuldade dos itens pela análise Rash (DUMONT et al, 2003; ASSUMPCÃO, 2014; ASSUMPCÃO et al, 2015).

Para a realização da análise fatorial do LIFE-H 3.1-Brasil para uma população de idosos independentes, tendo em vista que este instrumento foi inicialmente construído para pessoas com deficiência, foi necessário seguir alguns passos específicos:

Passo 1 – Identificação de itens não aplicáveis para a grande maioria dos idosos

Considerando a amostra específica deste estudo, os domínios *Educação* e *Emprego*, composto por 2 e 8 itens respectivamente, apesar de terem sido inicialmente aplicados, não foram considerados nas análises posteriores. Apenas 9 (5,1%) idosos estavam inseridos em atividades educacionais no nível de ensino médio ou de capacitação e obtiveram 8,0 na pontuação média do domínio. A pontuação média do domínio *Emprego* foi de 8,4, entretanto, é importante destacar que somente 29 (16,6%) idosos ainda exerciam atividade profissional remunerada no momento da pesquisa e 8 (4,6%) atividades voluntárias. A maioria dos idosos (n = 140, 80%) referiu realizar tarefas familiares ou domésticas como a sua principal ocupação e 7 (4%) idosos referiram que gostariam de estar trabalhando no momento.

Além dos domínios *Educação* e *Emprego*, algumas outras variáveis (itens) do LIFE-H 3.1-Brasil, foram consideradas não-aplicáveis por parte da grande maioria dos idosos estudados. Assim, foi inicialmente avaliada a frequência das respostas “*Não aplicáveis*” para cada item (não respostas), como demonstra os quadros 5.1.7.2.1 e 5.1.7.2.2, a seguir.

**Quadro 5.1.7.2.1 – Frequência de respostas dos itens do LIFE-H 3.1-Brasil
(subgrupo Atividades Diárias)**

LIFE-H 3.1-Brasil (subgrupo Atividades Diárias)		Nº de respostas		Nº de não respostas	
Domínios	Itens	n	%	n	%
Nutrição	1. Escolher comida	161	92	14	8
	2. Preparar refeições	128	73,1	47	26,9
	3. Comer uma refeição	175	100	0	0
	4. Comer em restaurantes	121	69,1	54	30,9
Condic. Físico	5. Deitar e levantar da cama	175	100	0	0
	6. Sono (conforto, duração, continuidade, etc)	177	100	0	0
	7. Participar de atividades físicas para garantir a saúde	113	64,6	62	35,4
	8. Participar de atividades para garantir o bem-estar mental	171	97,7	4	2,3
Cuidados Pessoais	9. Cuidar da higiene pessoal	175	100	0	0
	10. Usar o banheiro em casa	175	100	0	0
	11. Usar o banheiro fora de casa	163	93,1	12	6,9
	12. Vestir e despir a parte superior do corpo	175	100	0	0
	13. Vestir e despir a parte inferior do corpo	175	100	0	0
	14. Manusear ou cuidar de dispositivos de auxílio	167	95,4	8	4,6
	15. Cuidar da saúde	175	100	0	0
	16. Usar serviços de saúde	175	100	0	0
Comunicação	17. Comunicar com outra pessoa	175	100	0	0
	18. Comunicar com um grupo de pessoas	175	100	0	0
	19. Comunicar por escrito	118	67,4	57	32,6
	20. Ler e compreender uma informação escrita	152	86,9	23	13,1
	21. Usar um telefone em casa ou trabalho	135	77,1	40	22,9
	22. Usar um telefone público ou celular	103	58,9	72	41,1
	23. Usar um computador	14	8	161	92
	24. Usar um rádio, televisão ou som	168	96	7	4
Moradia	25. Escolher uma casa que atenda suas necessidades	15	8,6	160	91,4
	26. Cuidar da sua casa	140	80	35	20
	27. Cuidar da área externa da sua casa	144	82,3	31	17,7
	28. Fazer tarefas domésticas pesadas	139	79,4	36	20,6
	29. Entrar e sair de sua casa	175	100	0	0
	30. Movimentar-se dentro de casa	175	100	0	0
	31. Usar mobília e equipamentos dentro de casa	175	100	0	0
	32. Movimentar-se na área externa da sua casa	175	100	0	0
Mobilidade	33. Locomover-se em ruas ou calçadas	175	100	0	0
	34. Locomover em superfícies escorregadias ou irregulares	170	97,1	5	2,9
	35. Dirigir um veículo	41	23,4	134	76,6
	36. Andar de bicicleta	41	23,4	134	76,6
	37. Ser passageiro em um veículo	175	100	0	0

Itens com mais de 65% de não respostas foram destacados em cinza.

Quadro 5.1.7.2.2 – Frequência de respostas dos itens do LIFE-H 3.1-Brasil (subgrupo Papéis Sociais)

LIFE-H 3.1-Brasil (subgrupo Papéis Sociais)		Nº de respostas		Nº de não respostas	
Domínios	Itens	n	%	n	%
Responsabilidades	38. Reconhecer e usar corretamente o dinheiro	175	100	0	0
	39. Usar cartões bancários e caixas eletrônicos	140	80	35	20
	40. Fazer compras	157	89,7	18	10,3
	41. Planejar o orçamento e cumprir obrigações financeiras	153	87,4	22	12,6
	42. Assumir responsabilidades perante a sociedade	175	100	0	0
	43. Assumir responsabilidades pessoais e familiares	173	98,9	2	1,1
	44. Garantir a educação de seus filhos	10	5,7	165	94,3
	45. Cuidar de filhos (saúde, alimentação, vestuário, etc)	22	12,6	153	87,4
Relacionamentos Interpessoais	46. Manter relacionamento próximo com companheiro(a)	123	70,3	52	29,7
	47. Manter relacionamento próximo com seus filhos	163	93,1	12	6,9
	48. Manter relacionamento próximo com seus pais	16	9,1	159	90,9
	49. Manter relacionamento com outros membros da família	170	97,1	5	2,9
	50. Manter amizades	174	99,4	1	0,6
	51. Manter relacionamentos sociais com pessoas a sua volta	174	99,4	1	0,6
	52. Manter um relacionamento sexual	107	61,1	68	38,9
Vida em Comunidade	53. Chegar em prédios públicos em sua comunidade	162	92,6	13	7,4
	54. Circular em prédios públicos em sua comunidade	162	92,6	13	7,4
	55. Usar os serviços públicos em sua comunidade	162	92,6	13	7,4
	56. Chegar em estabelecimentos comerciais da comunidade	170	97,1	5	2,9
	57. Circular em estabelecimentos comerciais da comunidade	170	97,1	5	2,9
	58. Usar o comércio da sua vizinhança	170	97,1	5	2,9
	59. Participar de grupos sociais ou comunitários	40	22,9	135	77,1
	60. Participar de práticas religiosas	145	82,9	30	17,1
Recreação	71. Participar de atividades esportivas ou recreativas	103	58,9	72	41,1
	72. Participar de atividades artísticas, culturais ou artesanais	60	34,3	115	65,7
	73. Ir a eventos esportivos	15	8,6	160	91,4
	74. Ir a eventos artísticos e culturais	40	22,9	135	77,1
	75. Participar de atividades turísticas	128	73,1	47	26,9
	76. Participar de atividades ao ar livre	112	64	63	36
	77. Usar os serviços de recreação em sua vizinhança	79	45,1	96	54,9

Observação: os itens 61 e 62 integram o domínio *Educação* e o itens 63 a 70 integram o domínio *Emprego*, que não foram utilizados nas análises. Itens com mais de 65% de não respostas foram destacados em cinza.

A fim de não comprometer a validade estrutural do LIFE-H 3.1-Brasil, os itens com mais de 65% de respostas “*Não aplicáveis* (não respostas), destacados em cinza, foram suprimidos para a análise fatorial posterior, passando o conjunto de 67 para 56 itens.

No subgrupo *Atividades Básicas de Vida Diária* foram excluídos 4 itens: 1 do domínio *Comunicação* (usar um computador), 1 do domínio *Moradia* (escolher uma casa que atende suas necessidades) e 2 do domínio *Mobilidade* (dirigir um veículo e andar de bicicleta) .

No subgrupo *Papéis Sociais* foram excluídos 7 itens: 2 do domínio *Responsabilidades* (garantir a educação dos filhos e cuidar de seus filhos), 1 do domínio *Relacionamentos Interpessoais* (manter relacionamento próximo com seus pais), 1 do domínio *Vida em Comunidade* (participar de grupos sociais ou comunitários) e 3 itens do domínio *Recreação* (participar de atividades artísticas, culturais ou artesanais, ir a eventos esportivos e ir a eventos artísticos e culturais).

Passo 2 – Imputação (substituição) de valores ausentes

Uma vez que os sujeitos com valores ausentes são ignorados nas análises estatísticas, foi necessário realizar a imputação dos dados ausentes. A imputação é um método estatístico para tratamento de dados ausentes ou omissos, que são substituídos pelas suas estimativas por diversos métodos, como substituição pela média ou mediana da série, métodos regressivos ou a partir de informações coletadas em inquéritos anteriores com a mesma amostra (GOULÃO, 2013). No presente estudo, na ausência de informação, foi realizada a imputação dos valores ausentes (respostas “*Não aplicáveis*”) das outras variáveis pela média de cada série.

Passo 3 – Transformação dos dados

Além disso, numa população sem limitações funcionais, as respostas a cada item tem tendência a ser fortemente enviesada. O enviesamento das distribuições foi verificado visualmente pelos histogramas e, confirmado estatisticamente com os testes de Wilk-Shapiro e Kolmogorov-Smirnov e avaliação da curtose e assimetria. Os dados seguiram uma tendência de assimetria negativa, ou seja, os valores mais altos, indicadores de alta participação social, foram os mais frequentes. Assim, foi necessário realizar a transformação dos dados com o objetivo de obter distribuições normais. Optou-se por um método de transformação considerado mais apropriado levando em conta a intensidade do enviesamento¹³.

Finalizada essa etapa, constatou-se uma melhora significativa da normalidade da distribuição das variáveis, com valores iguais ou inferiores a 3 para a assimetria e a 8 para a curtose (KLINE, 1986 apud FIELD, 2009).

As variáveis que, apesar da transformação, não apresentaram uma distribuição

¹³ A fórmula utilizada foi: $X1 = 1/(K-X)$, onde K = máximo, X valor + 1 (TABACHNICK, FIDELL, 2013).

normal, foram excluídas para a análise fatorial. São elas:

- 1) Escolher comida (item 1, domínio *Nutrição*);
- 2) Comer uma refeição (item 3, domínio *Nutrição*);
- 3) Manusear ou cuidar de dispositivos de auxílio (item 14, domínio *Cuidados Pessoais*);
- 4) Usar um rádio, televisão ou som (item 24, domínio *Comunicação*);
- 5) Reconhecer e usar corretamente o dinheiro (item 38, domínio *Responsabilidades*);
- 6) Assumir responsabilidades perante a sociedade (item 42, domínio *Responsabilidades*);
- 7) Assumir responsabilidade pessoais e familiares (item 43, domínio *Responsabilidades*);
- 8) Manter amizades (item 50, domínio *Relacionamentos Interpessoais*);
- 9) Manter relacionamentos sociais com pessoas a sua volta (item 51, domínio *Relacionamentos Interpessoais*).

É importante destacar que esses 9 itens não eram suficientemente discriminativos, já que apresentaram alta frequência (acima de 94%) de valores iguais, reduzindo drasticamente a variação nas respostas destes itens. Nesse caso específico, grande parte dos idosos realizavam essas atividades sem dificuldade e sem assistência e obtiveram pontuação 9, que significa participação total. No estudo de calibração da dificuldade dos itens do LIFE-H 3.1-Brasil, realizado pelo modelo Rash com 109 pessoas com hemiparesia, esses 9 itens também estiveram ordenados dentre os itens mais fáceis do instrumento (ASSUMPÇÃO, 2014; ASSUMPÇÃO et al, 2015).

Passo 4 – Análise Fatorial do LIFE-H 3.1-Brasil

Após tomadas estas precauções foi realizada uma análise fatorial com 47 variáveis. O índice de adequação da amostra KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) apresentou valor de 0,865 e o teste de Esfericidade de Bartlett foi significativo a um nível de $p < .000$, indicando que as correlações entre os itens eram suficientes para a realização desta análise fatorial (MAROCO, 2014).

Após uma fase exploratória de identificação do número de fatores, foi escolhida uma solução fatorial com 5 fatores, disponível na Tabela 5.1.7.2.3.

Tabela 5.1.7.2.3 – Estrutura fatorial do LIFE-H 3.1-Brasil (5 fatores)

Item	Domínio original	Fator				
		Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
10. Usar o banheiro em casa	Cuidados Pessoais	,800				
31. Usar mobília e equipamentos dentro de casa	Moradia	,711				
32. Movimentar-se na área externa da sua casa	Moradia	,709				
29. Entrar e sair de sua casa	Moradia	,661				
30. Movimentar-se dentro de casa	Moradia	,648				
11. Usar o banheiro fora de casa	Cuidados Pessoais	,601				
12. Vestir e despir a parte superior do corpo	Cuidados Pessoais	,590				
13. Vestir e despir a parte inferior do corpo	Cuidados Pessoais	,541				
33. Locomover-se em ruas ou calçadas	Mobilidade	,524				
5. Deitar e levantar da cama	Condic. Físico	,509				
2. Preparar refeições	Nutrição	,475				
9. Cuidar da higiene pessoal	Cuidados Pessoais	,432				
37. Ser passageiro em um veículo	Mobilidade	,428				
15. Cuidar da saúde	Cuidados Pessoais	,260				
57. Circular em estabelecimentos comerciais	Vida em Comunidade		,900			
58. Usar o comércio da sua vizinhança	Vida em Comunidade		,895			
56. Chegar em estabelecimentos comerciais	Vida em Comunidade		,799			
54. Circular em prédios públicos	Vida em Comunidade		,743			
55. Usar os serviços públicos	Vida em Comunidade		,700			
53. Chegar em prédios públicos	Vida em Comunidade		,678			
16. Usar serviços de saúde	Cuidados Pessoais		,599			
41. Planejar e cumprir obrigações financeiras	Responsabilidades		,568			
40. Fazer compras	Responsabilidades		,529			
60. Participar de práticas religiosas	Vida em Comunidade		,334			
4. Comer em restaurantes	Nutrição		,299			
7. Participar de atividades físicas para a saúde	Condic. Físico			,749		
71. Participar de atividades esportivas ou recreativas	Recreação			,725		
76. Participar de atividades ao ar livre	Recreação			,621		
34. Locomover em superfícies irregulares	Mobilidade			,444		
52. Manter um relacionamento sexual	Relac. Interpessoais			,425		
77. Usar os serviços de recreação em sua vizinhança	Recreação			,341		
26. Cuidar da sua casa	Moradia				,520	
18. Comunicar com um grupo de pessoas	Comunicação				,486	
27. Cuidar da área externa da sua casa	Moradia				,477	
19. Comunicar por escrito	Comunicação				,475	
21. Usar um telefone em casa ou trabalho	Comunicação				,433	
75. Participar de atividades turísticas	Recreação				,432	
39. Usar cartões bancários e caixas eletrônicos	Responsabilidades				,402	
28. Fazer tarefas domésticas pesadas	Moradia				,398	
22. Usar um telefone público ou celular	Comunicação				,378	
8. Participar de atividades para o bem-estar mental	Condic. Físico				,348	
20. Ler e compreender uma informação escrita	Comunicação				,244	
47. Manter relacionamento próximo com seus filhos	Relac. Interpessoais					,529
49. Manter relacion. com outros membros da família	Relac. Interpessoais					,459
46. Manter relacion. próximo com companheiro(a)	Relac. Interpessoais					,447
17. Comunicar com outra pessoa	Comunicação					,338
6. Sono (conforto, duração, continuidade, etc)	Condic. Físico					,294
Nº de itens		14	11	6	11	5
Consistência (Alfa de Cronbach)		0,878	0,932	0,757	0,761	0,503
Variância Total Explicada (%)		13,076	12,891	7,352	7,144	3,086
Variância Total Explicada Acumulada (%)		13,076	25,967	33,320	40,463	43,549

Cada Fator foi analisado e a sua designação correspondeu aos itens de cada dimensão, como explicitado a seguir.

Fator 1 – Cuidados Pessoais (14 itens). Conjunto de itens que expressam a realização de atividades de autocuidado, sobretudo dentro do ambiente doméstico. Inclui itens dos domínios *Cuidados Pessoais* (n = 6), *Moradia* (n = 4), *Mobilidade* (n = 2), *Condicionamento Físico* (n = 1) e *Nutrição* (n = 1). Os itens são:

- 10. Usar o banheiro em casa
- 31. Usar mobília e equipamentos dentro de casa
- 32. Movimentar-se na área externa da sua casa
- 29. Entrar e sair de sua casa
- 30. Movimentar-se dentro de casa
- 11. Usar o banheiro fora de casa
- 12. Vestir e despir a parte superior do corpo
- 13. Vestir e despir a parte inferior do corpo
- 33. Locomover-se em ruas ou calçadas
- 5. Deitar e levantar da cama
- 2. Preparar refeições
- 9. Cuidar da higiene pessoal
- 37. Ser passageiro em um veículo
- 15. Cuidar da saúde

Fator 2 – Comunidade (11 itens). Conjunto de itens que expressam a realização de atividades na comunidade. Inclui itens dos domínios *Vida em Comunidade* (n = 7), *Responsabilidades* (n = 2), *Cuidados Pessoais* (n = 1) e *Nutrição* (n = 1). Os itens são:

- 57. Circular em estabelecimentos comerciais
- 58. Usar o comércio da sua vizinhança
- 56. Chegar em estabelecimentos comerciais
- 54. Circular em prédios públicos
- 55. Usar os serviços públicos
- 53. Chegar em prédios públicos

- 16. Usar serviços de saúde
- 41. Planejar e cumprir obrigações financeiras
- 40. Fazer compras
- 60. Participar de práticas religiosas
- 4. Comer em restaurantes

Fator 3 – Recreação (6 itens). Conjunto de itens que expressam a realização de atividades recreativas e que requerem condicionamento físico. Inclui itens dos domínios *Recreação* (n = 3), *Condicionamento Físico* (n = 1), *Mobilidade* (n = 1) e *Relacionamentos Interpessoais* (n = 1). Os itens são:

- 7. Participar de atividades físicas para a saúde
- 71. Participar de atividades esportivas ou recreativas
- 76. Participar de atividades ao ar livre
- 34. Locomover em superfícies irregulares
- 52. Manter um relacionamento sexual
- 77. Usar os serviços de recreação em sua vizinhança

Fator 4 – Comunicação (11 itens). Conjunto de itens que, de modo geral, envolvem a habilidade de comunicação e a realização de atividades funcionais para tal. Inclui itens dos domínios *Comunicação* (n = 5), *Moradia* (n = 3), *Recreação* (n = 1), *Condicionamento Físico* (n = 1) e *Responsabilidades* (n = 1). Os itens são:

- 26. Cuidar da sua casa
- 18. Comunicar com um grupo de pessoas
- 27. Cuidar da área externa da sua casa
- 19. Comunicar por escrito
- 21. Usar um telefone em casa ou trabalho
- 75. Participar de atividades turísticas
- 39. Usar cartões bancários e caixas eletrônicos
- 28. Fazer tarefas domésticas pesadas
- 22. Usar um telefone público ou celular
- 8. Participar de atividades para o bem-estar mental

20. Ler e compreender uma informação escrita

Fator 5 – Relacionamento (5 itens). Conjunto de itens que envolvem, sobretudo, o relacionamento afetivo com as pessoas a sua volta. Inclui itens dos domínios *Relacionamentos Interpessoais* (n = 3), *Comunicação* (n = 1) e *Condicionamento Físico* (n = 1). Os itens são:

47. Manter relacionamento próximo com seus filhos

49. Manter relacionamento com outros membros da família

46. Manter relacionamento próximo com companheiro(a)

17. Comunicar com outra pessoa em casa ou comunidade

6. Sono (conforto, duração, continuidade, etc)

Passo 5 – Consistência interna das dimensões e relações mútuas

Os fatores 1, 2, 3 e 4 obtiveram Coeficientes Alfa de Cronbach acima de 0,60 e foram utilizados nas etapas de análise subsequentes. O fator 5 não foi utilizado, pois apresentou consistência interna de 0,50.

Em seguida, foram analisadas as relações entre as dimensões do LIFE-H 3.1-Brasil, extraídas da análise fatorial, bem como as suas relações com a escala total (*LIFE-H Total*) que corresponde a soma das 4 dimensões consistentes.

A Figura 5.1.7.2.1 ilustra as correlações entre as dimensões do LIFE-H 3.1-Brasil. Estas estão correlacionadas positivamente e moderadamente entre si, o que indica que se trata de dimensões que avaliam facetas distintas do construto. Além disso, todas as dimensões estão fortemente correlacionadas com o *LIFE-H Total*, com força de magnitude superior a 0,80 para 3 das 4 dimensões e 0,71 para os *Cuidados Pessoais*, contribuindo cada uma significativamente para a avaliação da participação social do idoso, formado pela união das quatro dimensões. Assim, a utilização da escala *LIFE-H Total* é justificada.

A avaliação da consistência interna dos 42 itens que correspondem a junção dos 4 primeiros fatores extraídos da análise fatorial, apresentou Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,93 e foi utilizado na análise de comparação, correlação e regressão linear.

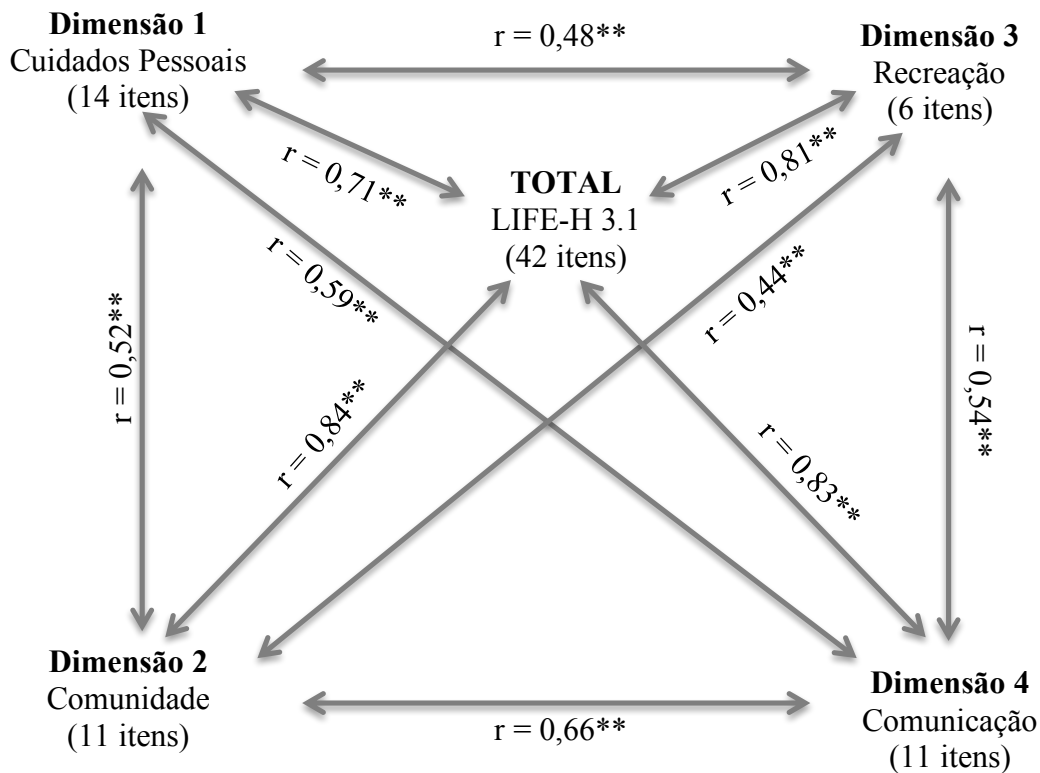


Figura 5.1.7.2.1 – Correlações entre as variáveis do LIFE-H
 ** significativo $p \leq 0,01$.

Os dados transformados dos fatores do LIFE-H 3.1-Brasil e do instrumento após a análise fatorial estão apresentados na Tabela 5.1.7.2.4.

Tabela 5.1.7.2.4 – Dados descritivos dos Fatores 1, 2, 3, 4 e do LIFE-H 3.1-Brasil com 42 itens

Fatores do LIFE-H 3.1-Brasil	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Cuidados Pessoais (Fator 1 - 14 itens)	94,6	8,6	53	100	98	99
Comunidade (Fator 2 - 11 itens)	82,2	24,8	14	100	94	100
Recreação (Fator 3 - 6 itens)	64,8	24,7	0	100	69	100
Comunicação (Fator 4 - 11 itens)	76,7	14,5	37	100	81	91
LIFE-H 3.1-Brasil (42 itens)	79,6	14,8	40	100	84	90

Observa-se que os idosos apresentaram pontuação média elevada, exceto no Fator *Recreação*, que envolve atividades recreativas e/ou que requerem condicionamento físico. Esse fator também apresentou maior variação, de 0 a 100 pontos.

5.2 Perfil da população idosa

A caracterização dos participantes segundo fatores sociodemográficos é descrita na Tabela 5.2.1, a seguir.

Tabela 5.2.1 – Caracterização dos idosos segundo os fatores sociodemográficos (n = 175)

VARIÁVEIS		n	%
Gênero	Feminino	109	62,3
	Masculino	66	37,7
Idade (anos) Média ± DP = 70 ± 6,9 (69 a 96 anos)	60-69	86	49,2
	70-79	72	41,1
	80 ou mais	17	9,7
Estado civil	Solteiro	7	4,0
	Casado	118	67,5
	Separado/Divorciado	13	7,4
	Viúvo	37	21,1
Religião	Nenhuma	6	3,4
	Catolicismo	91	52,0
	Protestantismo	66	37,7
	Outras religiões*	12	6,9
Escolaridade (anos de estudo) Média ± DP = 3,5 ± 3,2 (0 a 18 anos)	0-3	95	54,3
	4 -7	65	37,1
	8 ou mais	15	8,6
Renda (salários mínimos)	0	10	5,7
	Abaixo de 1	15	8,6
	1 a 3	130	74,3
	Acima de 3 a 5	15	8,6
	Acima de 5	3	1,7
	Valores ausentes	2	1,1
Situação Habitacional	Casa cedida ou alugada	35	20,0
	Casa financiada ou própria	140	80,0
Satisfação com o bairro	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	12	6,5
	Mais ou menos satisfeito	19	10,9
	Satisfeito	80	45,7
	Muito satisfeito	64	36,6
Situação Ocupacional	Ativo	29	16,6
	Inativo	146	83,4
Aposentado	Não	57	32,6
	Sim	118	67,4
Arranjo Familiar	Mora sozinho	12	6,9
	Mora acompanhado	163	93,1
Possuir filhos Média ± DP = 3,7 ± 2,5 (0 a 14 filhos)	Não	12	6,9
	Sim	163	93,1
Possuir netos Média ± DP = 7,7 ± 8,3 (0 a 55 netos)	Não	21	12,0
	Sim	154	88,0

Legenda: DP – desvio padrão. *Outras religiões inclui messiânica (n = 5), testemunha de Jeová (n = 4), cristão (n = 2), espírita (n = 1).

Dos 175 idosos entrevistados, 109 (62,3%) eram mulheres e 66 (37,7%) homens, com média de idade de 70 anos (DP = 6,9). A maioria referiu ser casada (n = 118, 67,5%) e da religião católica (n = 91; 52%).

Quanto à escolaridade, em anos de estudo, 54,3% (n = 95) possuem de 0 a 3 anos de estudo, com média de 3,5 (DP = 3,2). No que se refere a renda, 130 (74,5%) idosos recebem de 1 a 3 salários mínimos¹⁴.

Os idosos moram em sua maioria (n = 140; 80%) em casas próprias ou financiadas, sendo que em 98,6% (n = 138) desses casos moram em casas próprias e somente 1,4% (n = 2) em casas financiadas. Os outros 20% (n = 35) dos idosos moram em casas alugadas (n = 18; 51,4%) ou cedidas (n = 17; 48,6%). De modo geral, estão satisfeito (n = 80; 45,7%) ou muito satisfeito (n = 64; 36,6%) com as condições do bairro, o que envolve a estrutura física, de estabelecimentos comerciais e a vizinhança.

Quanto à situação ocupacional, 118 idosos (67,4%) exerceram uma atividade profissional no passado e 29 idosos (16,6%) permanecem ativos, ou seja, exercendo uma atividade profissional. Entretanto, dos idosos ativos, somente 3 (10,3%) trabalham com vínculo empregatício.

Predominou a situação de aposentados (n = 118; 67,4%). Seis idosos não informaram a idade em que se aposentaram, os outros 112 idosos aposentaram com idades que variaram de 39 a 75 anos, com média e mediana de 58 e 60 anos, respectivamente.

No que diz respeito ao arranjo familiar, somente 6,9% (n = 12) dos idosos moram sozinhos, os outros 93,1% (n = 163) moram acompanhados de 1 a 10 pessoas no domicílio (média de 3,4; DP = 1,8). Quarenta e dois idosos (25,8%) moram exclusivamente com o cônjuge e 54,8% (n = 96) moram na companhia de seus filhos, sendo que, desse valor, 8% (n = 13) moram com os filhos sem a companhia de outro membro da família. Dentro do grupo de idosos que moram sozinhos, 11 são mulheres e 1 homem; 7 mulheres são viúvas e 4 divorciados, o único homem é viúvo e, todos possuem filhos, exceto uma mulher.

Apenas 12 (6,9%) idosos não possuíam filhos no momento da pesquisa contra 163 (93,1%). O número de filhos da amostra total (n = 175) variou de 0 a 14, com média de 3,4 (DP = 2,5), mediana e moda de 3,0 filhos, sendo que 53% (n = 86) possuem de 0 a 3 filhos e 47% (n =

¹⁴ O salário mínimo na época do estudo era de R\$ 724,00.

77) possuem 4 ou mais. A maioria dos idosos desse grupo (n = 154; 94,5%) possuem netos; o número de netos variou de 0 a 55, com média de 7,3 (DP = 8,4) e mediana de 5,0.

A caracterização dos participantes segundo as condições de saúde é descrita na Tabela 5.2.2, a seguir.

Tabela 5.2.2 – Caracterização dos idosos segundo as condições de saúde (n = 175)

VARIÁVEIS	n	%
Escala de Katz		
Independente (5 e 6 pontos)	172	98,3
Semidependente (3 e 4 pontos)	3	1,7
Dependente (1 e 2 pontos)	0	0
Presença de doenças (autorreferida) Média ± DP = 2,2 ± 1,7 (0 a 8 doenças)		
Nenhuma	31	17,7
Uma doença	40	22,8
Comorbidades (mais que duas doenças)	104	59,5
Hipertensão Arterial Sistêmica (autorreferida)		
Não	100	57,0
Sim	75	43,0
Diabetes Mellitus (autorreferida)		
Não	123	70,3
Sim	52	29,7
Problemas Cardíacos (autorreferida)		
Não	146	83,4
Sim	29	16,6
Depressão (autorreferida)		
Não	165	94,3
Sim	10	5,7
EDG Média ± DP = 3,8 ± 2,6 (0 a 13 pontos)		
<=5	137	78,3
>=6	38	21,7
MEEM Média ± DP = 25,3 ± 3,3 (15 a 30 pontos)		
<=26	95	54,3
>=27	80	45,7
Prática de atividade física (autorreferida)		
Não	117	67
Sim	58	33

Legenda: DP – desvio padrão.

Quanto à independência em atividades básicas da vida diária, 98,3% (n = 172) dos idosos apresentaram escores 5 ou 6 na Escala de Katz, ou seja, foram considerados independentes. Apenas 1,7% (n = 3) dos participantes apresentaram pontuações 3 ou 4, sendo considerados semidependentes em atividades básicas da vida diária e nenhum idoso foi considerado dependente, com escores de 1 ou 2 pontos.

Como demonstrado na Tabela 5.2.2, 82,3% (n = 144) referiram apresentar algum tipo de doença, sendo que 22,8% (n = 40) referiram apresentar uma doença e 55,9% (n = 104) mais de duas doenças (comorbidades). O número de doenças variou de 0 a 8, com média de 2,2 (DP = 1,7).

Dentre as mais de 30 enfermidades relatadas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (n = 75; 43,0), a Diabetes Mellitus (n = 52; 29,7%) e os Problemas Cardíacos (n = 29; 16,6%) foram as mais citadas. Somente 10 (5,7%) idosos referiram apresentar Depressão, entretanto, 38 (21,7%) apresentaram escores igual ou maior que 6 na Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens (EDG – 15). A pontuação no EDG-15 variou de 0 a 13 pontos, com média de 3,8 (DP = 2,6), mediana de 3 e moda de 2 pontos.

No Mini Exame do Estado Mental (MEEM), 45,7% (n = 80) dos idosos apresentaram escores igual ou superior a 27 pontos. A pontuação mínima no instrumento foi de 15 e a máxima atingiu o escore total, ou seja, 30 pontos. A pontuação média foi de 25,2 (DP = 3,3), com mediana de 26 e moda de 28 pontos.

No que se refere à atividade física, somente 58 idosos (33%) estão envolvidos com essa prática. A caminhada foi a atividade mais citada (60%), dentre as outras 9 modalidades referidas, como ciclismo, ginástica, hidroginástica e musculação. A maioria dos idosos praticantes de atividades físicas refere exercitar-se diariamente (63,8%), porém de forma leve (60,3%).

5.3 Associações entre condições sociodemográficas, de saúde, percepção de solidariedade intergeracional e qualidade de vida

As análises descritivas do instrumento Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), da dimensão da Escala de Solidariedade Intergeracional e das avaliações subjetiva de saúde e qualidade de vida foram apresentados na seção 5.1 e as análises descritivas das variáveis sociodemográficas e de saúde foram apresentadas na seção 5.2. Adicionalmente, a seguir, são apresentadas as associações estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) entre essas variáveis, por meio do Coeficiente de Correlação de *Pearson*. Para a realização das correlações, as variáveis categóricas foram transformadas em variáveis auxiliares (dummy), a saber: gênero (valor de referência 1 – masculino), estado civil (valor de referência 1 – casado), viuvez (valor de referência 1 – viúvo), renda (valor de referência

1 – até 3 salários mínimos), situação habitacional (valor de referência 1 – casa própria/financiada), região da cidade (valor de referência 1 – Regiões Norte e Oeste), situação ocupacional (valor de referência 1 – inativo profissionalmente), aposentado (valor de referência 1 – aposentado), arranjo familiar (valor de referência 1 – mora sozinho), ter netos (valor de referência 1 – sim) e prática de atividades físicas (valor de referência 1 – pratica atividades físicas).

As correlações entre as variáveis sociodemográficas, de saúde, de solidariedade intergeracional e de percepção de qualidade de vida estão organizadas na Tabela 5.3.1, apresentada a seguir.

Tabela 5.3.1 – Correlação entre variáveis sociodemográficas, de saúde, solidariedade intergeracional e qualidade de vida¹

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1. Gênero	1																							
2. Idade (anos)		1																						
3. Estado civil	0,26**	-0,20**	1																					
4. Viuvez	-0,23**	0,25**	-0,75**	1																				
5. Estudo (anos)		-0,23**			1																			
6. Renda	0,24		0,15		0,30	1																		
7. Situação Habitacional	0,18*	-0,20**	0,23**				1																	
8. Satisfação com o bairro							0,15*	1																
9. Região da cidade					0,15*			1																
10. Situação ocupacional		0,18*							1															
11. Aposentado	0,46**			-0,24*						1														
12. Arranjo familiar	-0,16*		-0,39**	0,30**							1													
13. Número de filhos		0,26**		0,19*									1											
14. Ter netos												0,41**	1											
15. Solidariedade Intergeracional			0,17*					0,35**							1									
16. Número de doenças									-0,27**		-0,25**				-0,27**	1								
17. EDG-15	-0,15*		-0,18*	0,16*					-0,24**					0,17*	-0,36**	0,31**	1							
18. MEEM Total		-0,21**			0,44**					-0,19*			-0,15*				-0,17*	1						
19. MEEM 1		-0,23**		-0,16*	0,44**					-0,18*			-0,18*		0,18*		-0,18*		1					
20. MEEM 2					0,21**															1				
21. Atividade física	0,23**				0,25**						0,18*				0,18*	-0,21**	-0,22**	0,23**	0,24**				1	
22. Av. subjetiva de saúde								0,19*			0,19*				0,31**	-0,41**	-0,45**					0,28**	1	
23. Av. subjetiva de QV								0,33**				0,17*			0,43**	-0,23**	-0,38**					0,19*	0,51**	1

¹Teste de correlação de Pearson (r). * significativo $p \leq 0,05$. ** significativo $p \leq 0,01$. Espaço em branco – não houve correlação significativa.

Legenda: MEEM 1 = dimensão Concentração e praxia do MEEM; MEEM 2 = dimensão Orientação espacial e temporal do MEEM; Av. subjetiva de saúde = avaliação subjetiva de saúde; Av. subjetiva de QV = avaliação subjetiva de qualidade de vida.

A correlação positiva do gênero (variável dummy) com o estado civil ($r = 0,26$, $p < 0,001$), renda ($r = 0,24$, $p = 0,002$), aposentado ($r = 0,46$, $p < 0,001$), situação habitacional ($r = 0,18$, $p = 0,015$) e realização de atividades físicas ($r = 0,23$, $p = 0,002$), indica uma maior proporção de homens que de mulheres que são casados, possuem maior renda, aposentados, com casa própria e que praticam atividades físicas. Em contrapartida, a correlação negativa do gênero com viuvez ($r = - 0,23$, $p = 0,002$), arranjo familiar ($r = - 0,16$, $p = 0,030$) e EDG-15 ($r = - 0,15$, $p = 0,049$), indica uma maior proporção de mulheres que são viúvas, moram sozinhas e apresentam sintomatologia depressiva.

Considerando a idade, foi possível constatar uma correlação positiva desta com viuvez ($r = 0,25$, $p = 0,001$), situação ocupacional ($r = 0,18$, $p = 0,020$) e número de filhos ($r = 0,26$, $p < 0,001$), sugerindo que quanto maior a idade, maior o número de pessoas viúvas, inativas e que possuem um maior número de filhos. Foram encontradas correlações negativas entre a idade e as seguintes variáveis: casado ($r = - 0,20$, $p = 0,009$), anos de estudo ($r = - 0,23$, $p = 0,002$), MEEM Total (16 itens) ($r = - 0,21$, $p = 0,007$), Concentração e praxia (MEEM) ($r = - 0,23$, $p = 0,002$) e situação habitacional ($r = - 0,20$, $p = 0,008$), indicando que quando menor a idade dos idosos, maior tendência a serem casados, apresentar maior escolaridade, melhor capacidade cognitiva e possuir casa própria/financiada.

No que se refere ao estado civil (variável dummy), além das associações acima referida com o gênero ($r = 0,26$, $p = 0,000$) e idade ($r = - 0,20$, $p = 0,009$), foi observado por um lado correlação positiva com a renda ($r = 0,15$, $p = 0,042$), situação habitacional ($r = 0,23$, $p = 0,002$) e também Solidariedade Intergeracional ($r = 0,17$, $p = 0,031$) e, por outro lado, correlação negativa com arranjo familiar ($r = - 0,39$, $p < 0,001$) e EDG-15 ($r = - 0,18$, $p = 0,018$), demonstrando que quando os idosos são casados, possuem mais frequentemente maior renda, casa própria, percebem uma maior solidariedade intergeracional com os filhos, moram acompanhados e apresentam menor sintomatologia depressiva.

Quanto a viuvez (variável dummy), além das associações com o gênero ($r = - 0,23$, $p = 0,002$) e idade ($r = 0,25$, $p = 0,001$), observa-se correlação positiva com arranjo familiar ($r = 0,30$, $p < 0,001$), número de filhos ($r = 0,19$, $p = 0,014$) e EDG-15 ($r = 0,16$, $p = 0,038$) e correlação negativa com aposentado ($r = - 0,24$, $p = 0,002$) e Concentração e praxia (MEEM) ($r = - 0,16$, $p = 0,034$), indicando associação entre viuvez e o fato da pessoa idosa morar sozinha,

possuir maior número de filhos, não estar aposentada e apresentar menor capacidade de concentração e praxia.

Na análise da escolaridade, além de uma correlação negativa com a idade ($r = - 0,23$, $p = 0,002$), foi constatado correlação positiva com a renda ($r = 0,30$, $p < 0,001$), atividade física ($r = 0,25$, $p = 0,001$) e as três avaliações do MEEM: MEEM Total (16 itens) ($r = 0,44$, $p < 0,001$), Concentração e praxia (MEEM) ($r = 0,44$, $p < 0,001$) e Orientação espacial e temporal (MEEM) ($r = 0,21$, $p = 0,006$), o que parece indicar que quanto maior a escolaridade, maior a renda, a realização de atividades físicas e capacidade cognitiva.

A renda (variável dummy) se correlacionou positivamente com o gênero ($r = 0,24$, $p = 0,002$), estado civil ($r = 0,15$, $p = 0,042$), escolaridade ($r = 0,30$, $p < 0,001$) e região da cidade ($r = 0,15$, $p = 0,050$), sugerindo que idosos com maior renda são mais frequentemente homens, casados, com maior escolaridade e moram nas Regiões Norte e Oeste, ou seja, nas regiões com maior desenvolvimento socioeconômico, quando comparadas as regiões Sul e Leste da cidade.

Quanto a situação habitacional (variável dummy), além do gênero ($r = 0,18$, $p = 0,015$), idade ($r = - 0,20$, $p = 0,008$) e estado civil ($r = 0,23$, $p = 0,002$) já citados, foi possível constatar correlação positiva com a satisfação com o bairro ($r = 0,15$, $p = 0,043$), indicando que quanto maior o número de idosos com casas próprias, maior a satisfação com o bairro.

A satisfação com o bairro, como já visto acima, esteve correlacionada com a situação habitacional ($r = 0,15$, $p = 0,043$), além disso apresentou correlação positiva com os escores das avaliações subjetivas de saúde ($r = 0,19$, $p = 0,011$), da qualidade de vida ($r = 0,33$, $p < 0,001$) e de solidariedade intergeracional ($r = 0,35$, $p < 0,001$) e, correlação negativa com a EDG-15 ($r = - 0,24$, $p = 0,001$), demonstrando relação entre maior satisfação com o bairro e melhores percepções quanto a sua saúde, qualidade de vida e solidariedade intergeracional com os filhos e menor presença de sintomatologia depressiva.

A região da cidade (variável dummy) esteve positivamente correlacionada com a renda ($r = 0,15$, $p = 0,050$), MEEM Total (16 itens) ($r = 0,22$, $p = 0,004$), Concentração e praxia (MEEM) ($r = 0,21$, $p = 0,006$) e, negativamente correlacionada com o número de doenças ($r = - 0,27$, $p < 0,001$) e EDG-15 ($r = - 0,18$, $p = 0,018$), indicando que idosos que moram nas regiões Norte e Oeste, regiões da cidade com maior desenvolvimento socioeconômico, possuem maior

renda, maior capacidade cognitiva, menor número de doenças autorreferidas e de sintomas depressivos.

A situação ocupacional (variável dummy), além da relação com a idade ($r = 0,18$, $p = 0,020$) já referida anteriormente, apresentou correlação negativa com o MEEM Total (16 itens) ($r = - 0,19$, $p = 0,012$) e a dimensão Concentração e praxia do MEEM ($r = - 0,18$, $p = 0,017$), ou seja, estar inativo profissionalmente esteve inversamente associado com a capacidade cognitiva.

Quanto a situação de aposentado (variável dummy), além do gênero ($r = 0,46$, $p < 0,001$) e viuvez ($r = - 0,24$, $p = 0,002$), observa-se, por um lado, correlação positiva com atividade física ($r = 0,18$, $p = 0,018$) e avaliação subjetiva de saúde ($r = 0,19$, $p = 0,012$) e, por outro lado, correlação negativa com o número de doenças ($r = - 0,25$, $p = 0,001$), sugerindo que quanto maior o número de idosos aposentados maior a realização de atividades físicas, melhor avaliação subjetiva da saúde e menor o número de doenças.

Como já mencionado, o gênero ($r = - 0,16$, $p = 0,030$), o estado civil ($r = - 0,39$, $p < 0,001$) e viuvez ($r = 0,30$, $p < 0,001$) estão correlacionados com o arranjo familiar (variável dummy), indicando que as mulheres e os idosos viúvos moram mais frequentemente sozinhos. Observou-se também que a percepção da qualidade de vida ($r = 0,17$, $p = 0,023$) também estava correlacionada com o arranjo familiar, indicando que idosos que moram sozinhos apresentam maiores escores na sua avaliação subjetiva da qualidade de vida.

No que se refere ao número de filhos, além da correlação com a idade ($r = 0,26$, $p < 0,001$) e viuvez ($r = 0,19$, $p = 0,014$), observa-se correlação negativa com o MEEM Total (16 itens) ($r = - 0,15$, $p = 0,043$) e com a dimensão Concentração e praxia (MEEM) ($r = - 0,18$, $p = 0,017$), o que indica que idosos com maior número de filhos apresentam menores escores no MEEM. Ainda em relação ao número de filhos, observa-se correlação positiva com possuir netos ($r = 0,41$, $p < 0,001$). A variável possuir netos (variável dummy) também se correlacionou positivamente com EDG-15 ($r = 0,17$, $p = 0,024$), indicando associação entre possuir netos e apresentar mais frequentemente sintomatologia depressiva.

A Solidariedade intergeracional por um lado se correlacionou positivamente com o estado civil ($r = 0,17$, $p = 0,031$), satisfação com o bairro ($r = 0,35$, $p < 0,001$), atividade física ($r = 0,18$, $p = 0,025$), avaliação subjetiva de saúde ($r = 0,31$, $p < 0,001$), avaliação subjetiva da

qualidade de vida ($r = 0,43$, $p < 0,001$) e a dimensão Concentração e praxia do MEEM ($r = 0,18$, $p = 0,021$), indicando que maior percepção de Solidariedade Intergeracional está associada ao fato de estar casado, satisfeito com o bairro, praticar atividades físicas e a maiores escores na avaliação subjetiva de saúde, de qualidade de vida e da dimensão Concentração e praxia do MEEM. Em contrapartida, está correlacionado negativamente com o número de doenças ($r = -0,27$, $p < 0,001$) e EDG-15 ($r = -0,36$, $p < 0,001$), sugerindo que idosos com maior número de doenças e sintomatologia depressiva possuem menor percepção de Solidariedade Intergeracional.

Quanto as variáveis de saúde, o número de doenças, que esteve negativamente correlacionado com as variáveis já citadas de aposentadoria ($r = -0,25$, $p = 0,001$), Região da cidade ($r = -0,27$, $p < 0,001$) e Solidariedade Intergeracional ($r = -0,27$, $p < 0,001$), também se correlacionou negativamente com atividade física ($r = -0,21$, $p = 0,006$), percepção da qualidade de vida ($r = -0,23$, $p = 0,002$) e a avaliação subjetiva de saúde ($r = -0,41$, $p < 0,001$), além de se correlacionar positivamente com EGD-15 ($r = 0,31$, $p < 0,001$), indicando que quanto maior o número de doenças menor é a possibilidade de realização de atividades físicas, menores os escores das avaliações subjetivas da qualidade de vida e da saúde e maior a presença de sintomatologia depressiva.

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) apresentou correlação positiva com viuvez ($r = 0,16$, $p = 0,038$), possuir netos ($r = 0,17$, $p = 0,024$) e número de doenças ($r = 0,31$, $p = 0,000$), como já mencionado anteriormente. Foi encontrada correlação negativa com as seguintes variáveis: gênero ($r = -0,15$, $p = 0,049$), estado civil ($r = -0,18$, $p = 0,018$), satisfação com o bairro ($r = -0,24$, $p = 0,001$), solidariedade intergeracional ($r = -0,36$, $p = p < 0,001$), MEEM Total (16 itens) ($r = -0,17$, $p = 0,022$), Concentração e praxia (MEEM) ($r = -0,18$, $p = 0,017$), atividade física ($r = -0,22$, $p = 0,004$) e avaliação subjetiva de saúde ($r = -0,45$, $p < 0,001$) e avaliação subjetiva de qualidade de vida ($r = -0,38$, $p = 0,000$), indicando associação entre maior presença de sintomatologia depressiva nas mulheres, na viuvez ou nos idosos não casados, idosos que possuem netos, que têm maior número de doenças e escores inferiores no MEEM, estão insatisfeitos com o bairro onde moram, não realizam atividades físicas, menor percepção de solidariedade intergeracional e tem menores escores na avaliação subjetiva da sua saúde.

No que se refere a prática de atividade física (variável dummy) observa-se correlação negativa com número de doenças ($r = - 0,21$, $p = 0,006$) e EDG-15 ($r = - 0,22$, $p = 0,004$), demonstrando associação entre não referir a prática de atividades físicas e apresentar maior número de doenças e de sintomatologia depressiva. A correlação positiva entre atividade física foi observada com as seguintes variáveis: gênero ($r = 0,23$, $p = 0,002$), anos de estudo ($r = 0,25$, $p = 0,001$), aposentado ($r = 0,18$, $p = 0,018$), solidariedade intergeracional ($r = 0,18$, $p = 0,025$), avaliação subjetiva de saúde ($r = 0,28$, $p < 0,001$), percepção de qualidade de vida ($r = 0,19$, $p = 0,011$), MEEM (16 itens) ($r = 0,23$, $p = 0,002$) e a dimensão Concentração e praxia (MEEM) ($r = 0,24$, $p = 0,001$).

As pontuações das dimensões do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e do instrumento com 16 itens, extraídos da análise fatorial, estiveram correlacionados com muitas variáveis. O instrumento do MEEM com 16 itens apresentou correlação positiva com escolaridade ($r = 0,44$, $p < 0,001$) e atividade física ($r = 0,23$, $p = 0,002$) e, correlação negativa com idade ($r = - 0,21$, $p = 0,007$), situação ocupacional ($r = - 0,19$, $p = 0,012$), número de filhos ($r = - 0,15$, $p = 0,043$) e EDG-15 ($r = - 0,17$, $p = 0,022$). Esses dados indicam relação entre maior pontuação no MEEM Total (16 itens) e maior anos de estudo, realização de atividades físicas, menor idade, estar ativo profissionalmente, possuir menor número de filhos e menor presença de sintomatologia depressiva.

A dimensão 1 do MEEM, nomeada de Concentração e praxia, apresentou correlação positiva com anos de estudo ($r = 0,44$, $p < 0,001$), solidariedade intergeracional ($r = 0,18$, $p = 0,021$) e atividade física ($r = 0,24$, $p = 0,001$). Como mencionado anteriormente, foi observado correlação negativa entre a dimensão 1 (MEEM) e idade ($r = - 0,23$, $p = 0,002$), viuvez ($r = - 0,16$, $p = 0,034$), situação ocupacional ($r = - 0,18$, $p = 0,017$), número de filhos ($r = - 0,18$, $p = 0,017$) e EDG-15 ($r = - 0,18$, $p = 0,017$). Já a dimensão 2 do MEEM, nomeada de Orientação espacial e temporal, apresentou apenas correlação positiva com a escolaridade ($r = 0,21$, $p = 0,006$).

Em relação a avaliação subjetiva de saúde, além das correlações já citadas com satisfação com o bairro ($r = 0,19$, $p = 0,011$), aposentado ($r = 0,19$, $p = 0,012$), solidariedade intergeracional ($r = 0,31$, $p < 0,001$), número de doenças ($r = - 0,41$, $p < 0,001$), EDG-15 ($r = - 0,45$, $p < 0,001$) e atividade física ($r = 0,28$, $p < 0,001$), observa-se correlação positiva com os

escores da avaliação subjetiva da qualidade de vida ($r = 0,51$, $p < 0,001$), indicando no geral associação entre maiores escores na avaliação subjetiva de saúde e maior satisfação com o bairro, referir realizar atividades físicas, referir menor número de doenças, ser aposentado, apresentar menor número de sintomatologia depressiva e maiores pontuações de solidariedade intergeracional e percepção de qualidade de vida.

Por fim, percebeu-se que a avaliação subjetiva da qualidade de vida esteve correlacionada positivamente com satisfação com o bairro ($r = 0,33$, $p < 0,001$), arranjo familiar ($r = 0,17$, $p = 0,023$), solidariedade intergeracional ($r = 0,43$, $p < 0,001$), atividade física ($r = 0,19$, $p = 0,011$) e avaliação subjetiva de saúde ($r = 0,51$, $p < 0,001$), indicando que maior escore na avaliação subjetiva da qualidade de vida está associado com maior satisfação com o bairro, morar sozinho, referir praticar atividades físicas e maiores escores em solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva de saúde. A avaliação subjetiva da qualidade de vida se correlacionou negativamente com número de doenças ($r = - 0,23$, $p = 0,002$) e EDG-15 ($r = - 0,38$, $p < 0,001$).

5.4 Análise comparativa entre participação social e variáveis sociodemográficas, de saúde, de solidariedade intergeracional e de qualidade de vida

Após a investigação das dimensões dos instrumentos e de sua fiabilidade, análise do perfil da população idosa e da associação entre as variáveis independentes, foi retomado o foco do estudo de compreender a variação da participação social dos idosos. Iniciou-se pela análise comparativa da participação social dos idosos (*Life-H Total* e suas dimensões extraídas da análise fatorial) em função das características sociodemográficas dos idosos, de saúde, de solidariedade intergeracional e de qualidade de vida. Não foi realizada a análise comparativa com os outros instrumentos utilizados no estudo, como a Escala de Katz, o MEEM, a EDG-15, a solidariedade intergeracional, a avaliação subjetiva de saúde e de qualidade de vida em função das variáveis sociodemográficas, pois não foi o foco do presente estudo.

Foi utilizado o teste t de Student para a comparação de dois grupos independentes, levando em consideração a igualdade das variâncias, previamente testadas pelo Teste de Levene, e o teste de Mann-Whitney para amostras com proporções significativamente diferentes. Para a comparação de três ou mais grupos foi adotado a Análise de Variância Unifatorial (*One-Way*

ANOVA), com pós-teste (post-hoc test) de Tukey para avaliar o significado das diferenças entre os grupos, sempre que necessário.

A Tabela 5.4.1 resume a comparação entre as variáveis sociodemográficas, de solidariedade intergeracional e de saúde e as dimensões da participação social. As médias significativamente diferentes ($p \leq 0,05$) são destacados em cinza.

Tabela 5.4.1 – Comparação entre as variáveis sociodemográficas, de saúde, solidariedade intergeracional e qualidade de vida e as dimensões do LIFE-H 3.1-Brasil

Variável	LIFE-H 3.1-Brasil				
	LIFE-H ¹ Média (DP)	Cuidados Pessoais Média (DP)	Comunidade Média (DP)	Recreação Média (DP)	Comunicação Média (DP)
Gênero²					
Masculino (n = 66)	82,0 (14,9)	95,5 (7,9)	81,5 (27,2)	72,4 (23,9)	78,6 (13,3)
Feminino (n = 109)	78,1 (14,5)	94,0 (8,9)	82,6 (23,7)	60,2 (24,2)	75,5 (15,1)
Faixa etária³					
60 – 69 (n = 86)	82,1 (14,3) ^a	95,5 (8,0) ^b	86,6 (21,9) ^c	65,1 (28,0) ^e	81,0 (13,2) ^f
70 – 79 (n = 72)	77,9 (14,2) ^a	93,9 (9,2) ^b	80,6 (25,0) ^{c,d}	63,8 (20,2) ^e	73,2 (14,3) ^g
80 ou mais (n = 17)	74,1 (17,8) ^a	92,9 (8,6) ^b	66,5 (31,2) ^d	67,6 (25,7) ^e	69,4 (15,6) ^g
Casado²					
Sim (n = 118)	81,7 (13,6)	95,4 (8,6)	85,3 (22,6)	67,1 (24,6)	79,0 (13,4)
Não (n = 57)	75,2 (16,2)	92,9 (8,3)	75,8 (27,9)	60,1 (24,5)	71,9 (15,7)
Viúvo⁴					
Sim (n = 37)	72,8 (17,4)	92,3 (9,1)	70,8 (29,5)	58,3 (26,4)	69,8 (16,2)
Não (n = 138)	81,4 (13,5)	95,2 (8,3)	85,2 (22,5)	66,5 (24,1)	78,5 (13,5)
Escolaridade³					
0 – 3 (n = 95)	76,4 (14,4) ^a	93,7 (8,9) ^c	77,1 (27,0) ^d	61,5 (22,7) ^f	73,3 (13,6) ^g
4 – 7 (n = 65)	82,1 (14,8) ^b	95,3 (8,7) ^c	86,6 (22,2) ^c	67,6 (26,1) ^f	78,9 (15,1) ^h
8 ou mais (n = 15)	88,4 (11,6) ^b	96,6 (4,8) ^c	95,1 (6,6) ^c	74,0 (28,7) ^f	88,1 (10,3) ^h
Renda (salários mínimos)³					
Abaixo de 1 (n = 25)	79,1 (12,6) ^{a,b}	92,9 (13,3) ^c	83,8 (21,2) ^d	62,8 (21,0) ^e	77,0 (13,2) ^{f,g}
1 – 3 (n = 130)	78,5 (15,2) ^a	94,7 (7,7) ^c	80,3 (26,1) ^d	63,7 (25,6) ^e	75,5 (14,7) ^f
Acima de 3 (n = 18)	88,4 (12,1) ^b	96,2 (6,1) ^c	94,2 (15,6) ^d	77,5 (20,9) ^e	85,8 (11,9) ^g
Situação Habitacional⁴					
Cedida/alugada (n = 35)	76,0 (17,1)	91,0 (12,2)	75,6 (26,4)	64,3 (20,6)	73,2 (17,6)
Própria/financiada (n=140)	80,4 (14,0)	95,5 (7,2)	83,8 (24,2)	64,9 (25,7)	77,5 (13,6)
Satisfação com o bairro³					
Insatisfeito (n = 12)	72,0 (18,4) ^a	91,4 (9,0) ^{b,c}	74,5 (25,8) ^e	53,1 (27,6) ^f	68,9 (17,2) ^g
Mais ou menos (n = 19)	74,1 (19,2) ^a	87,6 (16,0) ^c	74,6 (29,5) ^e	62,0 (28,2) ^f	72,0 (18,1) ^g
Satisfeito (n = 80)	80,2 (13,9) ^a	95,6 (6,9) ^b	83,8 (24,6) ^e	63,7 (24,4) ^f	77,7 (14,4) ^g
Muito satisfeito (n = 64)	81,8 (13,0) ^a	95,9 (6,0) ^b	83,9 (23,2) ^e	69,8 (23,1) ^f	78,2 (12,4) ^g
Região da cidade³					
Zona Norte (n = 55)	87,7 (7,8) ^a	97,1 (5,8) ^c	92,1 (14,7) ^e	75,6 (11,2) ^h	85,8 (9,9) ^k
Zona Sul (n = 57)	72,2 (15,5) ^b	94,2 (8,4) ^{c,d}	71,7 (30,8) ^f	52,5 (27,6) ⁱ	70,5 (13,8) ^l
Zona Oeste (n = 33)	84,4 (13,3) ^a	95,3 (7,3) ^c	88,8 (20,4) ^{e,g}	72,7 (22,0) ^{h,j}	80,6 (13,2) ^k
Zona Leste (n = 30)	73,3 (15,4) ^b	89,8 (12,2) ^d	76,8 (22,3) ^{f,g}	59,6 (28,6) ^{i,j}	67,1 (13,5) ^l
Situação ocupacional⁴					
Ativo (n = 29)	84,7 (9,0)	97,2 (4,7)	94,3 (9,7)	64,1 (22,5)	83,3 (10,1)
Inativo (n = 146)	78,5 (15,5)	94,1 (9,1)	79,8 (26,1)	64,9 (25,2)	75,4 (14,9)
Aposentado²					
Sim (n = 118)	80,3 (14,7)	95,4 (6,9)	82,2 (25,5)	66,7 (25,2)	77,1 (14,0)
Não (n = 57)	77,9 (15,0)	92,9 (11,1)	82,2 (23,4)	60,9 (23,6)	75,7 (15,7)

(continua)

Tabela 5.4.1 – Comparação entre as variáveis sociodemográficas, de saúde, solidariedade intergeracional e qualidade de vida e as dimensões do LIFE-H 3.1-Brasil

(continuação)

Variável	LIFE-H 3.1-Brasil				
	LIFE-H ¹ Média (DP)	Cuidados Pessoais Média (DP)	Comunidade Média (DP)	Recreação Média (DP)	Comunicação Média (DP)
Arranjo Familiar ⁴					
Mora só (n = 12)	80,7 (13,2)	93,8 (9,6)	84,7 (26,7)	72,1 (20,9)	72,1 (15,4)
Não Mora só (n = 163)	79,5 (14,9)	94,6 (8,5)	82,0 (24,7)	64,3 (24,9)	77,0 (14,5)
Possuir filhos ⁴					
Sim (n = 163)	79,2 (15,1)	94,4 (8,8)	81,5 (25,4)	64,1 (25,2)	76,6 (14,8)
Não (n = 12)	85,1 (7,5)	96,6 (3,7)	91,7 (11,4)	73,9 (15,8)	78,0 (10,7)
Número de filhos ²					
0 a 3 (n = 86)	79,4 (15,1)	94,5 (8,6)	83,2 (24,9)	62,9 (27,0)	77,2 (13,7)
4 ou mais (n = 77)	78,8 (15,2)	94,3 (9,1)	79,6 (25,9)	65,5 (23,1)	75,8 (16,0)
Possuir netos ⁴					
Sim (n = 154)	78,4 (15,2)	94,2 (9,0)	80,5 (25,8)	63,1 (25,2)	75,9 (14,1)
Não (n = 21)	87,9 (7,2)	97,3 (3,2)	94,7 (9,3)	77,5 (16,9)	82,3 (10,0)
SI total ²					
<=79 (n = 74)	74,3 (17,1)	92,2 (10,5)	75,1 (28,3)	56,5 (26,0)	73,5 (16,8)
>=80 (n = 89)	83,2 (11,9)	96,3 (6,7)	86,8 (21,4)	70,5 (22,7)	79,1 (12,4)
Presença de doenças ⁴					
Não (n = 31)	86,8 (10,8)	98,7 (1,7)	88,7 (21,5)	77,3 (21,5)	82,5 (10,3)
Sim (n = 144)	78,0 (15,1)	93,7 (9,2)	80,7 (25,3)	62,1 (24,6)	75,4 (15,0)
Quantidade de doenças ³					
Nenhuma (n = 31)	86,8 (10,8) ^a	98,7 (1,7) ^c	88,7 (21,5) ^c	77,3 (21,5) ^g	82,5 (10,3) ⁱ
Uma doença (n = 40)	85,6 (10,8) ^a	97,7 (3,9) ^c	90,3 (18,4) ^c	71,2 (22,9) ^g	83,3 (1,8) ⁱ
Comorbidades (n = 104)	75,1 (15,5) ^b	92,1 (10,1) ^d	77,1 (26,7) ^f	58,6 (24,5) ^h	72,4 (15,2) ^j
EDG ⁴					
<=5 (n = 137)	82,5 (12,9) ^a	96,6 (5,8) ^a	85,2 (22,8) ^a	69,1 (23,4) ^a	79,2 (13,2) ^a
>=6 (n = 38)	68,8 (16,3) ^b	87,3 (12,3) ^b	71,5 (28,8) ^b	49,2 (23,5) ^b	67,4 (15,5) ^b
MEEM Total (16 itens) ²					
Baixo (<=86) (n = 86)	75,4 (15,2) ^a	93,3 (10,0)	74,7 (28,6) ^a	61,1 (22,4) ^a	72,5 (15,3) ^a
Alto (>=87) (n = 89)	83,6 (13,2) ^b	95,8 (6,7)	89,4 (17,8) ^b	68,4 (26,5) ^b	89,7 (12,6) ^b
Concentração e praxia (MEEM) ²					
Baixo (<=76) (n = 83)	74,9 (15,2) ^a	93,1 (10,2) ^a	73,8 (28,7) ^a	61,0 (22,6) ^a	71,8 (15,1) ^a
Alto (>=77) (n = 92)	83,7 (13,1) ^b	95,8 (6,7) ^b	89,7 (17,6) ^b	68,2 (26,2) ^b	81,0 (12,5) ^b
Orientação espacial e temporal (MEEM) ⁴					
Baixo (<=99) (n = 22)	70,6 (15,1) ^a	91,4 (12,2)	64,9 (31,5) ^a	55,5 (21,8) ^a	70,4 (13,5) ^a
Alto (=100) (n = 153)	80,8 (14,3) ^b	95,0 (7,9)	84,7 (22,7) ^b	66,1 (24,9) ^b	77,6 (14,5) ^b
Prática de atividade física ²					
Sim (n = 58)	89,6 (8,6) ^a	92,8 (9,8) ^a	78,0 (26,5) ^a	88,1 (12,1) ^a	81,9 (12,2) ^a
Não (n = 117)	74,5 (14,6) ^b	98,0 (3,3) ^b	90,6 (18,5) ^b	53,3 (21,0) ^b	74,1 (14,9) ^b
Avaliação subjetiva da saúde ²					
Baixa (<=61) (n = 80)	74,6 (15,9) ^a	91,9 (10,3) ^a	78,5 (26,8)	56,5 (24,7) ^a	71,7 (15,1) ^a
Alta (>=62) (n = 95)	83,7 (12,3) ^b	96,8 (6,0) ^b	85,2 (22,6)	71,8 (22,6) ^b	80,9 (12,6) ^b
Avaliação subjetiva de QV ²					
Baixa (<=74) (n = 37)	68,0 (16,4) ^a	87,3 (12,7) ^a	71,4 (27,8) ^a	47,7 (22,8) ^a	65,7 (15,6) ^a
Alta (>=75) (n = 138)	82,6 (12,7) ^b	96,5 (5,8) ^b	85,1 (23,2) ^b	69,4 (23,3) ^b	79,6 (12,8) ^b

DP - desvio padrão. QV - qualidade de vida. ¹LIFE-H 3.1-Brasil com 42 itens, extraídos da análise fatorial. ²Teste *t* de Student para grupos independentes. ³One-way ANOVA com pós-teste de Tukey. ⁴Teste de Mann-Whitney. Médias significativamente diferentes ($p \leq 0,05$) destacados em cinza.

No que se refere as variáveis sociodemográficas e de solidariedade intergeracional, na comparação das médias de participação social total, verificada pelo LIFE-H 3.1 com 42 itens, foi possível verificar diferenças em função do estado civil, viuvez, escolaridade, renda, região da cidade, situação ocupacional, possuir netos e SI. Os idosos casados, os não viúvos, com maior escolaridade (acima de 4 anos de estudo), ativos profissionalmente, que não possuem netos e possuem percepção alta de solidariedade intergeracional com os filhos apresentaram, em média, maiores níveis de participação social. No que se refere a renda, foi possível observar que idosos que recebem mais de 3 salários mínimos por mês possuem maior participação social quando comparados com idosos que recebem de 1 a 3 salários mínimos. Quanto as regiões da cidade, os idosos que moram na Zona Sul e Zona Leste apresentaram, em média, menores níveis de participação social do que os idosos que moram na Zona Norte e Zona Oeste da cidade.

Considerando ainda as variáveis sociodemográficas e de solidariedade intergeracional, diferenças de médias significativas entre idosos na dimensão *Cuidados Pessoais* foram observados em função do seu nível de satisfação com o bairro, da região da cidade onde moram, da sua situação ocupacional, arranjo familiar e SI. A idade (faixa etária), o estado civil, a viuvez, o nível de escolaridade, a região da cidade, a situação ocupacional dos idosos, possuir netos e a SI introduzem diferenças significativas na dimensão *Comunidade*. Em relação a dimensão *Recreação* observa-se diferenças de médias significativas em função do gênero, das regiões da cidade, possuir netos e SI. Os subgrupos de idosos que se diferenciam em função da idade (faixa etária), do estado civil, da viuvez, da escolaridade, da renda, das regiões da cidade, da situação ocupacional e da SI obtiveram níveis de *Comunicação* significativamente diferentes.

Como demonstrado na Tabela 5.4.1, em média, os homens apresentaram maiores níveis de participação em atividades de *Recreação* do que as mulheres. Não foi constatado diferenças entre gênero nas outras dimensões de participação social.

Quanto a influência da idade, observa-se diferença significativa em *Comunidade* entre o grupo etário de 60 a 69 anos e o grupo acima de 80 anos. Foi possível constatar que o grupo de idosos com idades entre 70 a 79 anos se situa numa posição intermédia, não se diferenciando significativamente nem do grupo mais jovem (60 a 69 anos) nem do grupo mais idoso (acima de 80 anos). Em *Comunicação* observa-se apenas diferenças entre idosos de 60 a 69 anos e os outros grupos etários. Em *Cuidados Pessoais*, *Recreação* e no *LIFE-H Total* não foram observadas diferenças entre os grupos etários.

Os idosos casados e que não são viúvos (casados, solteiros e divorciados) apresentaram, em média, maiores níveis de participação social nas dimensões *LIFE-H Total*, *Comunidade* e *Comunicação*. Nessas mesmas dimensões foi possível observar diferenças significativas quando analisado a variável *Escolaridade*, idosos com 0 a 3 anos de estudo tiveram menores níveis de participação do que aqueles com maior escolaridade. Não foram observadas diferenças em função do estado civil, viuvez e escolaridade nas dimensões *Cuidados Pessoais* e *Recreação*.

Idosos com renda de 1 a 3 salários mínimos apresentaram significativamente menores níveis de participação social no *LIFE-H Total* e *Comunicação* do que aqueles com maior renda. Ainda sobre os níveis de renda, não foram constatadas diferenças nas médias de participação social de outras dimensões.

As médias da dimensão *Cuidados Pessoais* apresentaram diferenças significativas na comparação do nível de satisfação com o bairro, idosos mais ou menos satisfeitos apresentaram menores pontuações do que idosos satisfeito ou muito satisfeito. Não foram observadas diferenças em função da satisfação com o bairro no *LIFE-H Total*, *Comunidade*, *Recreação* e *Comunicação*.

No que se refere às regiões da cidade, observa diferenças significativas em todas as dimensões. Em *Cuidados Pessoais*, idosos que moram na Zona Leste, em média, tiveram menores pontuações do que idosos da Zona Norte e Zona Oeste. Os moradores da Zona Sul não se diferenciaram significativamente dos 3 outros. Em *Comunidade* e *Recreação* morar na Zona Norte não se diferenciou significativamente da Zona Oeste, mas evidenciou maior participação quando comparado com a Zona Leste e Zona Sul, enquanto que os idosos que moram na Zona Oeste só apresentaram maiores níveis de participação quando comparados com aqueles da Zona Sul. Na dimensão *Comunicação* e no *LIFE-H Total*, idosos que moram na Zona Norte e Zona Oeste, que não se diferenciam entre si, apresentaram pontuações médias significativamente superiores do que idosos que moram na Zona Sul e Zona Leste, cujos níveis não são significativamente diferentes.

Os idosos que permanecem ativos profissionalmente apresentaram maiores níveis de participação nas dimensões *Comunidade* e *Comunicação*. Quanto ao arranjo familiar, idosos que moram acompanhados não apresentaram, em média, maior participação social do que os idosos que moram só em nenhuma dimensão de participação social.

Não foram evidenciadas diferenças significativas em nenhuma dimensão do LIFE-H 3.1-Brasil entre os subgrupos das variáveis *Situação Habitacional*, *Aposentado* e *Possuir filhos*. No que se refere a variável *Possuir netos*, observa-se que idosos que referiram não possuir netos, apresentaram, em média, maiores níveis de participação social no *LIFE-H Total*, *Comunidade* e *Recreação*.

Entretanto, constatou-se diferentes médias entre os subgrupos com percepção da solidariedade intergeracional alta (≥ 80) ou baixa (≤ 79), tanto em relação ao instrumento total, quanto as suas dimensões: idosos com maiores percepções de solidariedade intergeracional apresentaram, em média, maiores níveis de participação social.

Idosos que referiram melhores condições de saúde (não apresentar doenças comorbidades e nem sintomatologia depressiva, praticar atividades físicas, avaliação subjetiva de saúde positiva e melhor capacidade cognitiva) pontuaram, em média, mais no *LIFE-H Total* e em todas as dimensões do instrumento em comparação aos idosos que referiram apresentar piores condições de saúde, exceto em duas ocasiões referidas a seguir: não se observou diferenças na dimensão *Cuidados Pessoais* entre os idosos que apresentaram pontuação distintas no MEEM (16 itens e *Orientação espacial e temporal*) e não foram observadas diferenças na *Comunidade* entre os idosos que apresentaram pontuação distintas na avaliação subjetiva de saúde.

Por fim, os idosos com maiores pontuações na variável *Avaliação subjetiva de qualidade de vida* apresentaram maiores valores médios de participação social no *LIFE-H Total* e nas quatro dimensões do instrumento.

5.5 Preditores da variação da participação social entre idosos independentes cadastrados em Estratégias de Saúde da Família.

A análise descritiva, a análise fatorial e da consistência interna do LIFE-H e de suas dimensões foram apresentadas na primeira seção dos Resultados, bem como as associações entre as dimensões do instrumento, por meio do Coeficiente de Correlação de *Pearson*.

Em seguida, são apresentadas as associações entre as dimensões do LIFE-H e os fatores sociodemográficos, de solidariedade intergeracional, de saúde e qualidade de vida, de modo a selecionar as variáveis potencialmente preditoras da participação social (Tabela 5.5.1). Por último, são evidenciados os preditores da participação social, pela análise de Regressão

Linear (método *ENTER*). Para a realização da correlação e regressão, as variáveis categóricas foram transformadas em variáveis auxiliares (dummy), sempre que necessário.

A Tabela 5.5.1 apresenta a relação da participação social com os fatores sociodemográficos, de solidariedade intergeracional, de saúde e qualidade de vida. Os resultados destacados em cinza indicam as variáveis que foram incluídas posteriormente na análise de regressão.

Tabela 5.5.1 – Correlação entre as variáveis sociodemográficas, de solidariedade intergeracional, de saúde e qualidade de vida e os fatores do LIFE-H 3.1-Brasil¹

Variável	Fatores do LIFE-H 3.1-Brasil				
	LIFE- H ² (42 itens)	Cuidados Pessoais	Comunidade	Recreação	Comunicação
Gênero ³	ns	ns	ns	0,24**	ns
Idade (anos)	- 0,22**	ns	- 0,27**	ns	- 0,30**
Casado ³	0,21**	ns	0,18*	ns	0,23**
Viúvo ³	- 0,24**	ns	- 0,24**	ns	- 0,24**
Escolaridade (anos)	0,28**	ns	0,25**	0,19*	0,30**
Renda ³	0,20**	ns	0,16**	0,17*	0,21**
Situação Habitacional ³	ns	0,21**	ns	ns	ns
Satisfação com o bairro	0,20**	0,23**	ns	0,17*	0,17*
Regiões da cidade ³	0,47**	0,22**	0,35**	0,40**	0,50**
Situação ocupacional ³	- 0,15*	ns	-0,22**	ns	-0,20**
Aposentado ³	ns	ns	ns	ns	ns
Arranjo familiar ³	ns	ns	ns	ns	ns
Número de filhos	ns	ns	ns	ns	ns
Possuir netos ³	- 0,21**	ns	- 0,19*	- 0,19*	ns
Solidariedade Intergeracional	0,31**	0,31**	0,21**	0,28**	0,24**
Número de doenças	- 0,46**	- 0,47**	- 0,33**	- 0,34**	- 0,43**
EDG-15	- 0,43**	- 0,44**	- 0,28**	- 0,37**	- 0,36**
MEEM Total (16 itens)	0,45**	0,24**	0,51**	0,24**	0,42**
Concentração e praxia (MEEM)	0,44**	0,23**	0,50**	0,23**	0,42**
Orientação espacial e temporal (MEEM)	0,25**	ns	0,30**	ns	0,20**
Prática de atividades físicas	0,48**	0,29**	0,24**	0,66**	0,25**
Avaliação subjetiva de saúde	0,31**	0,32**	ns	0,35**	0,30**
Avaliação subjetiva de QV	0,30**	0,37**	ns	0,33**	0,28**

¹Teste de correlação de Pearson (r). ²LIFE-H com 42 itens resultante da análise fatorial. ³variável auxiliar dummy. ns – não significativo. *significativo p<=0,05. ** significativo p<=0,01. Nota: as variáveis que foram incluídas na análise de regressão estão com os seus resultados destacados em cinza.

As correlações constatadas corresponderam ao resultado previsto a partir das diferenças de médias observadas nas análises anteriores. As únicas exceções manifestaram frente

a possibilidade de substituir certas variáveis categóricas por variáveis contínuas. Por exemplo, uma relação negativa foi observada entre a idade e o LIFE-H Total ($r = - 0,22$, $p = 0,010$); a satisfação com o bairro esteve positivamente relacionada com o *LIFE-H Total* ($r = 0,20$, $p = 0,010$), com a dimensão *Recreação* ($r = 0,17$, $p = 0,027$) e com a dimensão *Comunicação* ($r = 0,17$, $p = 0,023$); uma relação positiva foi observada entre a renda e a dimensão *Recreação* ($r = 0,17$, $p = 0,024$) e entre MEEM total e a dimensão de *Cuidados Pessoais* ($r = 0,24$, $p = 0,002$).

Após identificar as relações entre participação social e as variáveis sociodemográficas, de solidariedade intergeracional, de saúde e qualidade de vida, o último passo foi verificar o poder preditivo dessas variáveis na variação da participação social dos idosos participantes do estudo. Para tal, foi realizado a Análise de Regressão Linear, utilizando como critério de seleção a força de magnitude de correlação igual ou maior que 0,20 (MAROCO, 2014) com a variável dependente (critério) e, no caso de forte correlações (acima de 0,75) (MAROCO, 2014) entre as variáveis independentes (previsores)¹⁵, optou-se por incluir na análise apenas o previsor que apresentou maior correlação com a variável dependente. Sendo assim, as variáveis que entraram em cada análise foram:

1) LIFE-H Total: idade, viuvez, escolaridade, renda, satisfação com o bairro, regiões da cidade, possuir netos, solidariedade intergeracional, número de doenças, EDG-15, MEEM (16 itens), prática de atividades físicas, avaliação subjetiva de saúde e avaliação subjetiva da qualidade de vida;

2) Dimensão Cuidados Pessoais: situação habitacional, satisfação com o bairro, regiões da cidade, solidariedade intergeracional, número de doenças, EDG-15, MEEM (16 itens), prática de atividades físicas, avaliação subjetiva de saúde e avaliação subjetiva da qualidade de vida;

3) Dimensão Comunidade: idade, viuvez, escolaridade, regiões da cidade, situação ocupacional, solidariedade intergeracional, número de doenças, EDG-15, MEEM (16 itens) e prática de atividades físicas;

¹⁵ A fim de evitar uma ameaça a validade da análise de regressão pela multicolinearidade entre os previsores, optou-se em não incluir as variáveis estado civil e as dimensões do *MEEM* na análise. O estado civil e a viuvez, são altamente correlacionadas ($r = 0,75$). Assim, foi incluído na análise apenas a variável viuvez, uma vez que apresentou maior correlação com todas as dimensões de participação social. Além disso, considerando que o *MEEM Total* é a junção das dimensões *Concentração e praxia (MEEM)* e *Orientação espacial e temporal (MEEM)*, estas duas dimensões não foram selecionadas para a análise de regressão, privilegiando o MEEM Total.

4) Dimensão Recreação: gênero, regiões da cidade, solidariedade intergeracional, número de doenças, EDG-15, MEEM (16 itens), prática de atividades físicas, avaliação subjetiva de saúde e avaliação subjetiva da qualidade de vida;

5) Dimensão Comunicação: idade, viuvez, escolaridade, renda, regiões da cidade, situação ocupacional, solidariedade intergeracional, número de doenças, EDG-15, MEEM (16 itens), prática de atividades físicas, avaliação subjetiva de saúde e avaliação subjetiva da qualidade de vida.

O método de regressão utilizado foi o *ENTER* (entrada forçada), que inclui no modelo todas as variáveis introduzidas de forma concomitante (FIELD, 2009). Foram consideradas separadamente como variáveis dependentes tanto a escala *LIFE-H Total* como cada uma das suas dimensões. Consciente das exigências das análises das regressões múltiplas (15 sujeitos por variável), foi ainda necessário operar uma seleção mais apurada dos possíveis preditores. Assim, considerando a dimensão da amostra da presente pesquisa, sendo o número de variáveis independentes (previsores) ainda excessiva, a análise de regressão foi realizada por etapas.

Foram realizadas quatro etapas preliminares independentes, para o *LIFE-H Total* e para cada uma das suas dimensões: (a) uma primeira regressão incluindo só as variáveis sociodemográficas como preditores; (b) uma segunda só com os indicadores de saúde como preditores; (c) uma terceira só com a solidariedade intergeracional (SI) e avaliação subjetiva de qualidade de vida (QV) como preditores. A regressão realizada em seguida (d) foi intitulada “regressão global” na medida que incluiu todas as variáveis que se manifestaram como preditores significativos nas análises anteriores (a, b e c). Finalmente, foi construído o modelo final de regressão (e) que incluiu as variáveis independentes (previsores) que se manifestaram preditores significativos na regressão global.

A seguir, serão apresentados os resultados das análises de regressão de cada etapa preliminar e do modelo final para o *LIFE-H Total*, a dimensão *Cuidados Pessoais*, a dimensão *Comunidade*, a dimensão *Recreação* e a dimensão *Comunicação*, nessa ordem.

Participação social global (*LIFE-H Total*)

Os resultados preliminares da regressão linear múltipla, através do método *ENTER*, da variável dependente *LIFE-H Total* são apresentados nas Tabelas 5.5.2, 5.5.3, 5.5.4 e 5.5.5. A Tabela 5.5.6 apresenta o modelo final de regressão do *LIFE-H Total*.

Tabela 5.5.2 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) do *LIFE-H Total* com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	89,86	11,61		0,000	66,94	112,78
Idade (anos)	-0,32	0,14	-0,15	0,024	-0,61	-0,04
Viúvo	-5,27	2,32	-0,15	0,024	-9,86	-0,69
Escolaridade (anos)	0,87	0,31	0,19	0,006	0,25	1,48
Renda	1,47	3,17	0,03	0,644	-4,79	7,73
Satisfação com o bairro	2,80	1,10	0,16	0,012	0,63	4,97
Região da cidade	12,54	1,87	0,43	0,000	8,85	16,23
Possuir netos	-5,19	2,83	-0,12	0,069	-10,78	0,40

Legenda: *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), idade, viúvo, escolaridade, renda, satisfação com bairro, região da cidade, possui netos) = 0,61. R² (valor da variância na saída) = 0,38. R² ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,35. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 14,23 (p<=0,001). n = 173. Durbin-Watson de 1,787.

Tabela 5.5.3 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) do *LIFE-H Total* com as variáveis de saúde

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	66,06	5,63		0,000	54,96	77,17
Número de doenças	-2,58	0,51	-0,30	0,000	-3,59	-1,58
EDG-15	-0,18	0,05	-0,21	0,001	-0,29	-0,08
MEEM Total (16 itens)	0,26	0,05	0,32	0,000	0,17	0,35
Prática de atividade física	9,35	1,80	0,30	0,000	5,79	12,90
Avaliação subjetiva de saúde	0,00	0,05	0,00	0,964	-0,10	0,10

Legenda: *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), número de doenças, EDG-15, MEEM Total, prática de atividade física, avaliação subjetiva de saúde) = 0,72. R² (valor da variância na saída) = 0,52. R² ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,50. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 36,33 (p<=0,001). n = 175. Durbin-Watson de 1,617.

Tabela 5.5.4 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) do *LIFE-H Total* com a solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva de qualidade de vida

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	47,15	6,50		0,000	34,31	60,00
Solidariedade Intergeracional	0,21	0,08	0,21	0,009	0,05	0,37
Avaliação subjetiva de QV	0,22	0,08	0,22	0,008	0,06	0,38

Legenda: QV - qualidade de vida. *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), solidariedade intergeracional, avaliação subjetiva de qualidade de vida) = 0,37. R^2 (valor da variância na saída) = 0,14. R^2 ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,12. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 12,48 ($p \leq 0,001$). n = 163. Durbin-Watson de 1,496.

Na análise das Tabelas 5.5.2, 5.5.3 e 5.5.4, é possível identificar que apenas as variáveis renda, possuir netos e avaliação subjetiva de saúde não são preditores significativos do *LIFE-H Total*, sendo, assim, foram excluídas da análise de regressão global subsequente.

Tabela 5.5.5 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) global do *LIFE-H Total*

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	77,45	11,22		0,000	55,277	99,623
Idade (anos)	-0,34	0,12	-0,16	0,003	-0,57	-0,12
Viúvo	-4,03	1,84	-0,11	0,030	-7,67	-0,39
Escolaridade (anos)	0,17	0,26	0,04	0,524	-0,35	0,68
Satisfação com o bairro	0,41	0,92	0,02	0,654	-1,41	2,23
Região da cidade	10,31	1,53	0,34	0,000	7,29	13,33
Número de doenças	-1,88	0,47	-0,21	0,000	-2,81	-0,95
EDG-15	-0,10	0,05	-0,12	0,032	-0,20	-0,01
MEEM Total (16 itens)	0,16	0,05	0,20	0,000	0,07	0,25
Prática de atividade física	8,98	1,67	0,28	0,000	5,67	12,28
Solidariedade Intergeracional	0,03	0,06	0,03	0,563	-0,08	0,14
Avaliação subjetiva de QV	0,12	0,06	0,12	0,050	0,00	0,23

Legenda: *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), idade, viúvo, escolaridade, satisfação com bairro, região da cidade, número de doenças, EDG-15, MEEM Total, prática de atividade física, solidariedade intergeracional, avaliação subjetiva de QV) = 0,82. R^2 (valor da variância na saída) = 0,67. R^2 ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,64. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 27,20 ($p \leq 0,001$). n = 163. Durbin-Watson de 1,765.

Esta última análise global de regressão do *LIFE-H Total* possibilitou identificar que, quando analisadas em conjunto com as outras variáveis identificadas como potenciais preditores, a escolaridade (anos), a satisfação com o bairro e a solidariedade intergeracional não apresentaram resultados significativas. Dessa forma, não foram incluídas no modelo final de regressão, apresentado a seguir.

Tabela 5.5.6 – Regressão linear múltipla (método ENTER) final do *LIFE-H Total*

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	B	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	82,27	10,11		0,000	62,32	102,23
Idade (anos)	-0,35	0,11	-0,16	0,001	-0,55	-0,14
Viúvo	-3,98	1,76	-0,11	0,025	-7,46	-0,50
Região da cidade	9,69	1,45	0,33	0,000	6,83	12,56
Número de doenças	-1,89	0,44	-0,22	0,000	-2,75	-1,03
EDG-15	-0,13	0,05	-0,15	0,007	-0,22	-0,04
MEEM Total (16 itens)	0,17	0,04	0,21	0,000	0,09	0,25
Prática de atividade física	9,26	1,53	0,30	0,000	6,23	12,29
Avaliação subjetiva de QV	0,11	0,05	0,11	0,029	0,01	0,21

Legenda: B - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intevalo de Confiança para B.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), idade, viúvo, região da cidade, número de doenças, EDG-15, MEEM Total, prática de atividade física, avaliação subjetiva de QV) = 0,81. R² (valor da variância na saída) = 0,65. R² ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,64. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 38,89 (p<=0,001). n = 175. Durbin-Watson de 1,863.

A partir dos valores dos coeficientes de regressão padronizado - Beta (β), as variáveis que atuaram como preditores do *LIFE-H Total* foram regiões da cidade ($\beta = 0,33$), prática de atividade física ($\beta = 0,30$), número de doenças ($\beta = - 0,22$), MEEM Total (16 itens) ($\beta = 0,21$), idade ($\beta = - 0,16$), EDG-15 ($\beta = - 0,15$), avaliação subjetiva de qualidade de vida ($\beta = 0,11$) e viuvez ($\beta = - 0,11$), nessa ordem. Essas oito variáveis juntas explicaram 65% da variância da variável dependente (critério).

Por um lado, as regiões da cidade, prática de atividade física, MEEM Total (16 itens) e avaliação subjetiva de qualidade de vida predizem positivamente a participação social global dos idosos (*LIFE-H Total*), indicando a proporção de aumento desta participação social, tendo como unidade o desvio-padrão, quando cada variável preditora aumenta em um desvio padrão.

Por outro lado, os coeficientes de regressão padronizado negativos das variáveis foram número de doenças, idade, EDG-15 e viuvez, indicando que o *LIFE-H Total* diminui enquanto que as mesmas aumentam. É importante frisar novamente que as variáveis escolaridade, renda, satisfação com o bairro, possuir netos, solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva de saúde não tiveram nenhum impacto enquanto variáveis preditoras da variação do *LIFE-H Total*.

Cuidados Pessoais

Os resultados preliminares da regressão linear múltipla, através do método *ENTER*, da variável dependente Cuidados Pessoais são apresentados nas Tabelas 5.5.7, 5.5.8, 5.5.9 e 5.5.10. A Tabela 5.5.11 apresenta o modelo final de regressão da dimensão *Cuidados Pessoais*.

Tabela 5.5.7 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) da dimensão *Cuidados Pessoais* com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	83,43	2,54		0,000	78,42	88,44
Situação habitacional	4,46	1,56	0,21	0,005	1,39	7,54
Satisfação com o bairro	1,78	0,72	0,18	0,015	0,35	3,21
Região da cidade	3,99	1,24	0,23	0,001	1,55	6,43

Legenda: *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), situação habitacional, satisfação com o bairro e região da cidade) = 0,37. R² (valor da variância na saída) = 0,14. R² ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,12. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 8,85 (p<=0,001). n = 175. Durbin-Watson de 1,775.

Todas as variáveis incluídas nessa primeira etapa de análise foram consideradas preditores em potencial da dimensão *Cuidados Pessoais*, como demonstra a Tabela 5.5.7.

Tabela 5.5.8 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) da dimensão *Cuidados Pessoais* com as variáveis de saúde

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	95,75	3,79		0,000	88,27	103,23
Número de doenças	-1,73	0,34	-0,35	0,000	-2,41	-1,05
EDG-15	-0,14	0,04	-0,28	0,000	-0,21	-0,07
MEEM Total (16 itens)	0,06	0,03	0,13	0,040	0,00	0,12
Prática de atividade física	2,15	1,21	0,12	0,078	-0,25	4,54
Avaliação subjetiva de saúde	0,01	0,03	0,02	0,837	-0,06	0,07

Legenda: *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intevalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), número de doenças, EDG-15, MEEM Total, prática de atividade física e avaliação subjetiva de saúde) = 0,60. R^2 (valor da variância na saída) = 0,35. R^2 ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,34. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 18,55 ($p < 0,001$). n = 175. Durbin-Watson de 2,000.

Na análise do modelo de regressão da dimensão *Cuidados Pessoais* com as variáveis de saúde, só a prática de atividade física e avaliação subjetiva de saúde não apresentaram resultados significativos e, assim, foram excluídas das análises subsequentes.

Tabela 5.5.9 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) da dimensão *Cuidados Pessoais* com a solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva de qualidade de vida

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	73,39	3,71		0,000	66,06	80,72
Solidariedade Intergeracional	0,10	0,05	0,18	0,025	0,01	0,20
Avaliação subjetiva de QV	0,18	0,05	0,31	0,000	0,09	0,27

Legenda: QV - qualidade de vida. *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intevalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva de qualidade de vida) = 0,42. R^2 (valor da variância na saída) = 0,18 R^2 ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,17. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 17,18 ($p < 0,001$). n = 163. Durbin-Watson de 1,881.

As variáveis solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva de qualidade de vida apresentaram resultados significativos, demonstrando ser possíveis preditores da dimensão *Cuidados Pessoais*, como é possível observar na Tabela 5.5.9.

Tabela 5.5.10 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) global da dimensão *Cuidados Pessoais*

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	81,98	5,07		0,000	72,0	92,0
Situação habitacional	3,84	1,44	0,17	0,009	1,00	6,70
Satisfação com o bairro	0,41	0,69	0,04	0,555	-0,95	1,77
Região da cidade	1,58	1,17	0,09	0,181	-0,74	3,89
Número de doenças	-1,68	0,35	-0,32	0,000	-2,37	-0,98
EDG-15	-0,10	0,04	-0,19	0,008	-0,17	-0,03
MEEM Total (16 itens)	0,07	0,03	0,14	0,034	0,01	0,12
Solidariedade Intergeracional	0,01	0,04	0,01	0,886	-0,10	0,10
Avaliação subjetiva de QV	0,11	0,04	0,19	0,012	0,00	0,20

Legenda: QV - qualidade de vida. *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*. Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), situação habitacional, satisfação com bairro, região da cidade, número de doenças, EDG-15, MEEM Total, solidariedade intergeracional, avaliação subjetiva de QV) = 0,65. R² (valor da variância na saída) = 0,42. R² ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,39. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 13,80 (p<=0,001). n = 163. Durbin-Watson de 2,039.

Pela análise do modelo de “regressão global” da dimensão *Cuidados Pessoais* foi possível identificar que, na análise conjunta, as variáveis satisfação com o bairro, região da cidade e solidariedade intergeracional não se manifestaram como preditores significativos e, portanto, não foram introduzidas no modelo final de regressão.

Tabela 5.5.11 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) final da dimensão *Cuidados Pessoais*

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	84,26	4,17		0,000	76,03	92,50
Situação habitacional	3,62	1,28	0,17	0,005	1,10	6,15
Número de doenças	-1,69	0,32	-0,34	0,000	-2,31	-1,07
EDG-15	-0,11	0,03	-0,22	0,001	-0,18	-0,05
MEEM Total (16 itens)	0,07	0,03	0,16	0,010	0,02	0,13
Avaliação subjetiva de QV	0,11	0,04	0,19	0,003	0,04	0,19

Legenda: QV - qualidade de vida. *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), situação habitacional, número de doenças, EDG-15, MEEM Total, avaliação subjetiva de QV) = 0,63. R² (valor da variância na saída) = 0,40. R² ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,38. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 22,71 (p<=0,001). n = 175. Durbin-Watson de 2,069.

Como demonstra a Tabela 5.5.11, no que se refere a dimensão *Cuidados Pessoais*, observa-se que as variáveis número de doenças ($\beta = - 0,34$), EDG-15 ($\beta = - 0,22$), avaliação subjetiva de qualidade de vida ($\beta = 0,19$), situação habitacional ($\beta = 0,17$) e o MEEM Total ($\beta = 0,16$), nessa ordem, foram identificadas como preditores significativos. Essas variáveis, em conjunto, explicaram 40% da variância da variável dependente (critério).

O número de doenças e a EDG-15 se relacionaram de forma negativa, enquanto que a avaliação subjetiva de qualidade de vida, situação habitacional e o MEEM Total se relacionaram de forma positiva, indicando variação negativa da dimensão *Cuidados Pessoais* com o aumento de um desvio padrão do número de doenças e/ou escore da EDG-15 e, variação positiva com o aumento da percepção da qualidade de vida, possuir casa própria e/ou maior escore no MEEM Total.

As variáveis independentes satisfação com o bairro, região da cidade, prática de atividades físicas e avaliação subjetiva de saúde e solidariedade intergeracional não contribuíram de forma significativa como preditores da dimensão *Cuidados Pessoais*.

Comunidade

Os resultados preliminares da regressão linear múltipla, através do método *ENTER*, da variável dependente *Comunidade* são apresentados nas Tabelas 5.5.12, 5.5.13, 5.5.14 e 5.5.15. A Tabela 5.5.16 apresenta o modelo final de regressão da dimensão *Comunidade*.

Tabela 5.5.12 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) da dimensão *Comunidade* com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	133,12	17,99		0,000	97,61	168,62
Idade (anos)	-0,79	0,26	-0,22	0,002	-1,29	-0,28
Viúvo	-8,53	4,13	-0,14	0,040	-16,68	-0,38
Escolaridade (anos)	1,06	0,53	0,14	0,046	0,02	2,11
Região da cidade	16,80	3,32	0,34	0,000	10,25	23,35
Situação ocupacional	-7,39	4,49	-0,11	0,102	-16,25	1,48

Legenda: *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), idade, viúvo, escolaridade, região da cidade e situação ocupacional) = 0,52. R^2 (valor da variância na saída) = 0,27. R^2 ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,25. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 12,54 ($p \leq 0,001$). n = 175. Durbin-Watson de 2,104.

Tabela 5.5.13 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) da dimensão *Comunidade* com as variáveis de saúde

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	44,08	7,73		0,000	28,83	59,32
Número de doenças	-3,55	0,94	-0,25	0,000	-5,41	-1,70
EDG-15	-0,16	0,10	-0,11	0,087	-0,35	0,02
MEEM Total (16 itens)	0,62	0,09	0,46	0,000	0,45	0,79
Prática de atividade física	3,06	3,41	0,06	0,370	-3,66	9,78

Legenda: *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), número de doenças, EDG-15, MEEM Total e prática de atividade física) = 0,60. R^2 (valor da variância na saída) = 0,36. R^2 ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,35. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 24,02 ($p \leq 0,001$). n = 175. Durbin-Watson de 2,049.

Tabela 5.5.14 – Regressão linear (método *ENTER*) da dimensão *Comunidade* com a solidariedade intergeracional

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	55,38	9,93		0,000	35,77	75,00
Solidariedade Intergeracional	0,34	0,13	0,21	0,008	0,090	0,60

Legenda: *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), solidariedade intergeracional) = 0,21. R² (valor da variância na saída) = 0,43 R² ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,37. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 7,18 (p<=0,001). n = 163. Durbin-Watson de 1,852.

Na análise das Tabelas 5.5.12, 5.5.13 e 5.5.14, é possível identificar que apenas duas variáveis de saúde, EDG-15 e prática de atividade física, não se manifestaram como preditores significativos da dimensão *Comunidade*, sendo assim, não foram introduzidas na análise de “regressão global”, como demonstra a Tabela 5.5.15, apresentada a seguir.

Tabela 5.5.15 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) global da dimensão *Comunidade*

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	93,06	19,71		0,000	54,12	132,00
Idade (anos)	-0,76	0,24	-0,21	0,002	-1,23	-0,29
Viúvo	-5,58	3,78	-0,09	0,142	-13,05	1,89
Escolaridade (anos)	0,02	0,52	0,00	0,967	-1,01	1,06
Região da cidade	11,35	3,20	0,22	0,001	5,04	17,66
Situação ocupacional	-5,04	4,14	-0,08	0,226	-13,21	3,14
Número de doenças	-3,28	0,95	-0,22	0,001	-5,16	-1,41
MEEM Total (16 itens)	0,50	0,09	0,37	0,000	0,32	0,69
Solidariedade Intergeracional	0,12	0,10	0,07	0,270	-0,09	0,32

Legenda: *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), idade, viúvo, escolaridade, região da cidade, situação ocupacional, número de doenças, MEEM Total, solidariedade intergeracional) = 0,68. R² (valor da variância na saída) = 0,46. R² ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,44. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 16,60 (p<=0,001). n = 163. Durbin-Watson de 2,094.

As variáveis viúvo, escolaridade, situação ocupacional e solidariedade intergeracional não foram incluídas no modelo final de regressão da dimensão *Comunidade*, pois não apresentaram resultados significativos na análise preliminar de “regressão global”, como é possível observar na Tabela 5.5.15.

Tabela 5.5.16 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) final da dimensão *Comunidade*

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	100,50	17,97		0,000	65,03	135,98
Idade (anos)	-0,83	0,22	-0,23	0,000	-1,25	-0,40
Região da cidade	10,82	3,07	0,22	0,001	4,75	16,88
Número de doenças	-3,68	0,87	-0,26	0,000	-5,40	-1,96
MEEM Total (16 itens)	0,54	0,08	0,40	0,000	0,37	0,70

Legenda: *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), idade, região da cidade, número de doenças, MEEM Total) = 0,65. R² (valor da variância na saída) = 0,43. R² ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,41. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 31,56 (p<=0,001). n = 175. Durbin-Watson de 2,064.

Na dimensão *Comunidade* é possível observar que apenas 4 variáveis agiram como preditores: MEEM Total (16 itens) ($\beta = 0,40$), número de doenças ($\beta = - 0,26$), idade ($\beta = - 0,23$) e região da cidade ($\beta = 0,22$), nessa ordem. Duas variáveis se relacionaram de forma positiva e duas de forma negativa, a saber: MEEM Total (16 itens) e região da cidade contra número de doenças e idade, respectivamente. Essas 4 variáveis, concomitantemente, explicaram 43% da variância da variável dependente (critério).

Destaca-se novamente que as variáveis viúvo, escolaridade, situação ocupacional, solidariedade intergeracional, EDG-15 e prática de atividade física não tiveram nenhum impacto enquanto variáveis predictoras na variação da dimensão *Comunidade*.

Recreação

Os resultados preliminares da regressão linear múltipla, através do método *ENTER*, da variável dependente *Recreação* são apresentados nas Tabelas 5.5.17, 5.5.18, 5.5.19 e 5.5.20. A Tabela 5.5.21 apresenta o modelo final de regressão da dimensão *Recreação*.

Tabela 5.5.17 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) da dimensão *Recreação* com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	49,95	2,71		0,000	44,60	55,30
Gênero	12,84	3,43	0,25	0,000	6,07	19,61
Região da cidade	19,92	3,32	0,40	0,000	13,36	26,48

Legenda: *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), gênero, região da cidade) = 0,47. R² (valor da variância na saída) = 0,22. R² ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,21. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 24,35 (p<=0,001). n = 175. Durbin-Watson de 1,973.

Na análise de regressão da dimensão *Recreação* com as variáveis sociodemográficas, todas as variáveis introduzidas no modelo apresentaram resultados significativos, ou seja, demonstraram ser possíveis preditores da dimensão *Recreação*. Assim, foram incluídas na análise posterior com todas as variáveis em potencial, como demonstra a Tabela 5.5.20.

Tabela 5.5.18 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) da dimensão *Recreação* com as variáveis de saúde

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	54,34	9,39		0,000	35,79	72,88
Número de doenças	-2,04	0,85	-0,14	0,018	-3,72	-0,35
EDG-15	-0,24	0,09	-0,17	0,007	-0,42	-0,07
MEEM Total (16 itens)	0,09	0,08	0,07	0,221	-0,06	0,24
Prática de atividade física	29,72	3,01	0,57	0,000	23,78	35,65
Avaliação subjetiva de saúde	0,07	0,08	0,05	0,406	-0,09	0,23

Legenda: *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), número de doenças, EDG-15, MEEM Total, prática de atividade física e avaliação subjetiva de saúde) = 0,72. R² (valor da variância na saída) = 0,52. R² ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,51. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 36,84 (p<=0,001). n = 175. Durbin-Watson de 1,486.

Na análise de regressão da dimensão *Recreação* com as variáveis de saúde, apenas as variáveis MEEM Total e avaliação subjetiva de saúde não se manifestaram como preditores significativos (Tabela 5.5.18).

Tabela 5.5.19 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) da dimensão *Recreação* com a solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva de qualidade de vida

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	11,30	10,84		0,299	-10,12	32,72
Solidariedade Intergeracional	0,28	0,13	0,17	0,037	0,02	0,55
Avaliação subjetiva de QV	0,44	0,14	0,26	0,002	0,17	0,70

Legenda: QV - qualidade de vida. *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva de qualidade de vida) = 0,37. R^2 (valor da variância na saída) = 0,14 R^2 ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,13. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 12,54 ($p \leq 0,001$). n = 163. Durbin-Watson de 1,559.

Já na análise de regressão da dimensão *Recreação* com a solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva de saúde, ambas variáveis independentes (previsores) se manifestaram como preditores significativos, sendo portanto incluídas no modelo de “regressão global”, apresentado na Tabela 5.5.20, a seguir.

Tabela 5.5.20 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) global da dimensão *Recreação*

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	27,23	9,93		0,007	7,62	46,84
Gênero	3,96	2,62	0,08	0,132	-1,21	9,13
Região da cidade	17,65	2,56	0,35	0,000	12,60	22,70
Número de doenças	-0,79	0,81	-0,05	0,334	-2,40	0,82
EDG-15	-0,11	0,08	-0,08	0,170	-0,27	0,05
Prática de atividade física	30,06	2,76	0,56	0,000	24,60	35,51
Solidariedade Intergeracional	0,04	0,09	0,03	0,641	-0,14	0,23
Avaliação subjetiva de QV	0,25	0,10	0,15	0,009	0,06	0,44

Legenda: QV - qualidade de vida. *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), idade, região da cidade, número de doenças, EDG-15, prática de atividade física, solidariedade intergeracional, avaliação subjetiva de qualidade de vida) = 0,80. R² (valor da variância na saída) = 0,64. R² ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,62. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 38,97 (p<=0,001). n = 163. Durbin-Watson de de 1,742.

Nesta etapa de análise, que incluiu todas as variáveis que apresentaram resultados significativos nas três etapas anteriores, as variáveis gênero, número de doenças, EDG-15 e solidariedade intergeracional não se manifestaram como preditores significativos, portanto, não foram introduzidas no modelo final (Tabela 5.5.21).

Tabela 5.5.21 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) final da dimensão *Recreação*

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	21,38	5,91		0,000	9,72	33,05
Região da cidade	17,84	2,352	0,361	0,000	13,20	22,48
Prática de atividade física	31,952	2,542	0,609	0,000	26,93	36,97
Avaliação subjetiva de QV	0,332	0,081	0,199	0,000	0,17	0,49

Legenda: QV - qualidade de vida. *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), região da cidade, prática de atividade física, solidariedade intergeracional, avaliação subjetiva de qualidade de vida) = 0,78. R² (valor da variância na saída) = 0,61. R² ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,61. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 90,33 (p<=0,001). n = 175. Durbin-Watson de de 1,821.

Foi possível identificar a prática de atividade física ($\beta = 0,61$), a região da cidade ($\beta = 0,36$) e a avaliação subjetiva de qualidade de vida ($\beta = 0,20$) como preditores da dimensão *Recreação*, sendo que as três variáveis se relacionaram de forma positiva e explicaram 61% da variância da variável dependente (critério).

As variáveis independentes gênero, número de doenças, EDG-15, MEEM (16 itens), avaliação subjetiva de saúde e solidariedade intergeracional não contribuíram de forma significativa como preditores da dimensão *Recreação*.

Comunicação

Os resultados preliminares da regressão linear múltipla, através do método *ENTER*, da variável dependente *Comunicação* são apresentados nas Tabelas 5.5.22, 5.5.23, 5.5.24 e 5.5.25. A Tabela 5.5.26 apresenta o modelo final de regressão da dimensão *Comunicação*.

Tabela 5.5.22 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) da dimensão *Comunicação* com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	B	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	114,84	9,25		0,000	96,58	133,10
Idade (anos)	-0,64	0,13	-0,31	0,000	-0,90	-0,38
Viúvo	-4,14	2,14	-0,12	0,055	-8,37	0,09
Escolaridade (anos)	0,65	0,28	0,14	0,023	0,09	1,21
Renda	2,39	2,91	0,05	0,413	-3,36	8,14
Região da cidade	14,40	1,73	0,50	0,000	10,99	17,81
Situação ocupacional	-2,29	2,31	-0,06	0,323	-6,86	2,27

Legenda: B - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para B.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), idade, viúvo, escolaridade, renda, satisfação com bairro, região da cidade e possui netos) = 0,66. R^2 (valor da variância na saída) = 0,44. R^2 ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,42. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 21,85 ($p < 0,001$). n = 173. Durbin-Watson de 1,943.

Como demonstra a Tabela 5.5.22, as variáveis renda e situação ocupacional não apresentaram resultados significativos, sendo, portanto, excluídas da análise de regressão preliminar e final da dimensão *Comunicação*.

Tabela 5.5.23 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) da dimensão *Comunicação* com as variáveis de saúde

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	60,32	6,31		0,000	47,88	72,77
Número de doenças	-2,63	0,57	-0,31	0,000	-3,76	-1,50
EDG-15	-0,14	0,06	-0,16	0,021	-0,25	-0,02
MEEM Total (16 itens)	0,28	0,05	0,35	0,000	0,18	0,38
Prática de atividade física	1,60	2,02	0,05	0,429	-2,38	5,59
Avaliação subjetiva de saúde	0,06	0,06	0,07	0,316	-0,05	0,17

Legenda: *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), número de doenças, EDG-15, MEEM Total, prática de atividade física e avaliação subjetiva de saúde) = 0,61. R^2 (valor da variância na saída) = 0,37. R^2 ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,36. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 20,22 ($p < 0,001$). n = 175. Durbin-Watson de 1,664.

Na análise de regressão da dimensão *Comunicação* com as variáveis de saúde, apenas as variáveis atividade física e avaliação subjetiva de saúde não se manifestaram como preditores significativos (Tabela 5.5.23).

Tabela 5.5.24 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) da dimensão *Comunicação* com a solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva de qualidade de vida

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	50,31	6,51		0,000	37,46	63,16
Solidariedade Intergeracional	0,14	0,08	0,14	0,093	-0,02	0,30
Avaliação subjetiva de QV	0,22	0,08	0,23	0,008	0,06	0,38

Legenda: QV - qualidade de vida. *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva de qualidade de vida) = 0,31. R^2 (valor da variância na saída) = 0,10 R^2 ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,09. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 8,64 ($p < 0,001$). n = 163. Durbin-Watson de 1,443.

A Tabela 5.5.24, demonstra que na análise de regressão da dimensão *Comunicação* com a solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva de qualidade de vida, apenas essa última variável se manifestou como preditora significativa e foi incluída na análise subsequente de “regressão global”.

Tabela 5.5.25 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) global da dimensão *Comunicação*

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	103,24	10,53		0,000	82,46	124,02
Idade (anos)	-0,66	0,11	-0,31	0,000	-0,88	-0,44
Viúvo	-3,07	1,82	-0,09	0,094	-6,66	0,52
Escolaridade (anos)	0,49	0,25	0,11	0,051	0,00	0,98
Região da cidade	11,12	1,50	0,38	0,000	8,17	14,08
Número de doenças	-2,11	0,45	-0,25	0,000	-2,99	-1,23
EDG-15	-0,11	0,05	-0,13	0,019	-0,20	-0,02
MEEM Total (16 itens)	0,13	0,04	0,16	0,005	0,04	0,21
Avaliação subjetiva de QV	0,15	0,05	0,15	0,006	0,04	0,25

Legenda: *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), idade, viúvo, escolaridade, região da cidade, número de doenças, EDG-15, MEEM Total, avaliação subjetiva de qualidade de vida) = 0,79. R² (valor da variância na saída) = 0,62. R² ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,60. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 33,27 (p<=0,001). n = 175. Durbin-Watson de 1,911.

As variáveis viúvo e escolaridade não foram incluídas no modelo final de regressão da dimensão *Comunicação*, pois não apresentaram resultados significativos na análise de “regressão global”, como é possível observar na Tabela 5.5.25.

Tabela 5.5.26 – Regressão linear múltipla (método *ENTER*) final da dimensão *Comunicação*

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p	IC 95%	
	<i>B</i>	Erro padrão	Beta		Inferior	Superior
(Constant)	109,97	10,30		0,000	89,64	130,30
Idade (anos)	-0,75	0,11	-0,35	0,000	-0,96	-0,53
Região da cidade	11,22	1,52	0,39	0,000	8,23	14,22
Número de doenças	-2,20	0,45	-0,26	0,000	-3,09	-1,31
EDG-15	-0,13	0,05	-0,15	0,007	-0,22	-0,04
MEEM Total (16 itens)	0,16	0,04	0,21	0,000	0,08	0,24
Avaliação subjetiva de QV	0,12	0,05	0,12	0,025	0,02	0,22

Legenda: *B* - coeficiente de regressão não padronizado. Beta - coeficiente de regressão padronizado. CI - Intervalo de Confiança para *B*.

Nota: R (coeficiente de correlação dos preditores: (Constant), idade, região da cidade, número de doenças, EDG-15, MEEM Total, avaliação subjetiva de qualidade de vida) = 0,76. R² (valor da variância na saída) = 0,60. R² ajustado (valor da variância ajustado à predição na população) = 0,59. F (razão entre a variação explicada e a não explicada em Y) = 42,09 (p<=0,001). n = 175. Durbin-Watson de 1,853

Como demonstra a Tabela 5.5.26, observa-se que 6 variáveis foram identificadas como preditores da dimensão *Comunicação*, a saber: região da cidade ($\beta = 0,39$), idade ($\beta = -0,35$), número de doenças ($\beta = -0,26$), MEEM Total (16 itens) ($\beta = 0,21$), EDG-15 ($\beta = -0,15$) e avaliação subjetiva de qualidade de vida ($\beta = 0,12$), nessa ordem. As variáveis predictoras, juntas, explicaram 60% da variância da variável dependente (critério).

Os preditores região da cidade, MEEM Total (16 itens) e avaliação subjetiva de qualidade de vida apresentaram relacionamento positivo com a dimensão *Comunicação*; e a idade, número de doenças e a EDG-15 apresentaram relacionamento negativo.

De forma resumida e para fim de comparação, os coeficientes de regressão padronizado (β) dos preditores do *LIFE-H Total* e das dimensões *Cuidados Pessoais*, *Comunidade*, *Recreação* e *Comunicação*, é apresentada na Tabela 5.5.27, a seguir.

Tabela 5.5.27 – Coeficiente de correlação padronizado das análises de regressões multivariadas finais dos fatores sociodemográficos, de saúde, de solidariedade intergeracional e avaliação subjetiva da qualidade de vida sobre a participação social

Preditor	LIFE-H (42 itens) ¹ Beta (β)	Cuidados Pessoais Beta (β)	Comunidade Beta (β)	Recreação Beta (β)	Comunicação Beta (β)
Gênero ²					
Idade (anos)	- 0,16***		- 0,23***		- 0,35***
Viúvo ²	- 0,11*				
Escolaridade (anos)					
Renda ³					
Situação Habitacional ²		0,17**			
Satisfação com o bairro					
Regiões da cidade ²	0,33***		0,22***	0,36***	0,39***
Situação ocupacional ²					
Possuir netos ²					
Número de doenças	- 0,22***	- 0,34***			- 0,26***
EDG-15	- 0,15**	- 0,22***	- 0,26***		- 0,15**
MEEM Total (16 itens)	0,21***	0,16**	0,40***		0,21***
Prática de atividade física ²	0,30***			0,61***	
Avaliação subjetiva de saúde					
Solidariedade Intergeracional					
Avaliação subjetiva de QV	0,11*	0,20**		0,20***	0,12*
R ² (%)	0,65	0,40	0,43	0,61	0,60
R ² ajustado (%)	0,64	0,38	0,41	0,61	0,59
n	175	175	175	175	175

¹LIFE-H com 42 itens resultante da análise fatorial. ²variável auxiliar dummy. Beta (β) - coeficiente de regressão padronizado. *p<=0,05; ** p<=0,01; *** p<=0,001. Espaço em branco – não significativo.

Os resultados demonstraram que o subgrupo de variáveis denominadas “Condições de saúde” são mais frequentemente preditores da participação social, que os outros subgrupos. As variáveis mais recorrentes como preditores desse subgrupo foram a EDG-15 e o MEEM Total, seguida pelo número de doenças, prática de atividade física e, por último avaliação subjetiva de saúde.

No subgrupo “Dados sociodemográficos” a variável que foi identificada mais vezes como preditora foi região da cidade, seguida pela idade. A variável avaliação subjetiva de qualidade de vida agiu como preditora do *LIFE-H Total* e das dimensões *Cuidados Pessoais*, *Recreação* e *Comunicação*. As variáveis anos de estudo, renda, satisfação com o bairro, situação ocupacional, possuir netos, avaliação subjetiva de saúde e solidariedade intergeracional não foram identificadas como preditoras de participação social em nenhuma das suas dimensões.

6 DISCUSSÃO

O objetivo geral deste estudo foi identificar os preditores da variação da participação social entre idosos independentes cadastrados em Estratégias de Saúde da Família. Além disso, teve, como objetivo específico, o compromisso de investigar as dimensões dos instrumentos utilizados e a sua fiabilidade; caracterizar o perfil da população idosa cadastrada em Estratégias de Saúde da Família; identificar associações entre as condições sociodemográficas, de saúde, percepção de solidariedade intergeracional e qualidade de vida e, também; comparar níveis de participação social de subgrupos de idosos cadastrados em Estratégias de Saúde da Família em função de fatores sociodemográficos, de saúde, percepção de solidariedade intergeracional e qualidade de vida.

As discussões relativamente ao perfil dos participantes e as associações entre as condições sociodemográficas, de saúde, percepção de solidariedade intergeracional e qualidade de vida estão reunidas em um único tópico (primeira seção da *Discussão*). Em seguida, são apresentadas as discussões do estudo comparativo dos níveis de participação social e, por último, dos preditores da participação social. As discussões sobre a investigação das dimensões e fiabilidade dos instrumentos utilizados na presente pesquisa foram realizadas ao longo dessa seção, porém, destaca-se que esta etapa foi indispensável para assegurar a qualidade dos dados recolhidos na presente pesquisa e, que a realização da análise fatorial e da consistência interna das dimensões do LIFE-H 3.1-Brasil, apontou a oportunidade do uso do instrumento em idosos independentes em nosso país.

6.1 Perfil da população idosa e associações entre as variáveis sociodemográficas, de saúde, de solidariedade intergeracional e de qualidade de vida

Conhecer o perfil de idosos cadastrados em Estratégias de Saúde da Família (ESF) é essencial para a aproximação e identificação das necessidades dessa população, além do reconhecimento de fatores que contribuem para o processo de saúde e doença, fundamental para o planejamento de propostas e ações de cuidado particularizadas e contextualizadas com as demandas locais (CLARES et al, 2011). Com este intuito, apesar da presente pesquisa ter sido realizada sobretudo com idosos independentes, considerou-se de grande valor a realização da

caracterização dos participantes e a associação entre as variáveis sociodemográficas, de saúde, de solidariedade intergeracional e qualidade de vida, haja vista que a pesquisa envolveu idosos cadastrados em ESF.

Os participantes da pesquisa, no que concerne a idade, eram predominantemente da faixa etária dos 60 a 69 anos (49%), seguida pela faixa de 70 a 79 anos (41%), o que está de acordo com as informações cedidas pelo IBGE (2011) sobre a composição etária da população brasileira, que possui maior número de idosos nas faixas etárias mais jovens. A média de idade foi de 70 anos, índice inferior a expectativa de vida nacional, que é de 75 anos (IBGE, 2014). É possível que, neste estudo, a amostra tenha se reunido desta forma, na medida em que envolveu apenas idosos que procuraram ativamente a Estratégia de Saúde da Família. Tal fato pode ter criado um viés em relação a composição da amostra, uma vez que idosos acima de 75 anos possuem, geralmente, maiores dificuldades de mobilidade e necessitam de uma rede de apoio e suporte para que possam cuidar de sua saúde ou, ainda, culturalmente possuem práticas de cuidado com a saúde baseadas em estratégias caseiras e religiosas, em detrimento da assistência médica institucional (MACIEL, GUERRA, 2005; CLARES, FREITAS, BORGES et al, 2014; BETIOLLI et al, 2014).

Os resultados da pesquisa sobre a relação da idade com a viuvez e da idade com a inatividade profissional já eram esperados, na medida em que idosos mais idosos, ou seja, com idade superior a 80 anos, devido ao processo de finitude e idade avançada do cônjuge experimentam mais comumente a perda de seu companheiro (COCENTINO, VIANA, 2011).

Quanto a estar inativo profissionalmente, é importante considerar que com o avançar da idade aumenta o grau de incapacidade funcional e morbidades (RAMOS, 2002; ROSA et al., 2003; GUIMARÃES et al., 2004; PARAYBA; VERAS; MELZER, 2005; MAIA et al., 2006; ALVES; LEITE; MACHADO, 2008), dificultando a realização de atividades laborais, além disso, envolvem outras questões, como a falta de opção e baixa remuneração; a expectativa social de afastamento do idoso em benefício ao engajamento profissional do jovem; o paternalismo que, por vezes, cerceia a autonomia do idoso e; a própria concepção negativa da velhice, normalmente atrelada a imagem de pessoas improdutivas, inúteis e inflexíveis, que é reforçada pela cultura capitalista (SILVA; GÜNTHER, 2000; SALGADO, 2002; NERI, 2002; BARROS; CASTRO, 2002; OLIVEIRA; CRUVINEL; SANTOS, 2007; LIMA, SILVA, GALHARDONI, 2008;

SCHNEIDER, IRIGARAY, 2008; DEPS, 2009a, b; CACHIONI; FALCÃO, 2009; FREIRE; NERI, 2009).

Neste estudo verificou-se também que possuir maior idade esteve relacionado com o maior número de filhos, ou seja, os participantes mais velhos tiveram mais filhos que os participantes mais novos. Tal resultado pode estar atrelado ao declínio gradual no número de filhos com a política de planejamento familiar e controle da natalidade no Brasil, que ocorreu a partir da segunda metade da década de 60 (CARVALHO, BRITO, 2005). Nos anos 70 a taxa de fecundidade era de 5,8 filhos nascidos vivos por mulher e passou para 4,2 em 1976, ou seja, houve uma redução de 27% em 6 anos (KALACHE, VERAS, RAMOS, 1987; CARVALHO, BRITO, 2005; IBGE, 2010). O número de filhos também esteve relacionado com a viuvez, onde a correlação entre essas variáveis pode ser considerada hipotética, pois além de ter sido de baixa magnitude ($r = 0,19$, $p = 0,014$), verifica-se a possível interferência da idade na medida em que os participantes viúvos eram também os mais velhos.

A idade se correlacionou negativamente com a escolaridade, ou seja, quanto maior a idade, menor é a escolaridade, dado confirmado por estudos desenvolvidos com outros idosos, inclusive inseridos em iniciativas da Atenção Básica em saúde (CLARES et al, 2011; PILGER, MENON, MATHIAS, 2011). Compreende-se que esta realidade é reflexo da falta de políticas educacionais nas décadas de 30 e 40, época de desvalorização da educação formal, condições socioeconômicas precárias e acesso a escola restrito, voltado, especialmente, à crianças de famílias com melhores condições financeiras e meninos, uma vez que as meninas deveriam auxiliar suas mães com os afazeres domésticos e cuidados com os irmãos (IBGE, 2000; IPEA, 2004; CLARES et al, 2011).

Diferentemente de dados da literatura (REBELLATO, 2012; ILC-BRASIL [CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL], 2015; ALMEIDA et al, 2015), neste estudo não foram verificadas diferenças na escolaridade entre homens e mulheres participantes. Verificou-se, porém, correlação em relação à renda, onde as mulheres enquanto grupo tiveram menor renda comparadas aos homens e, como apontado a variável escolaridade estava associada à renda.

A maioria dos idosos da presente pesquisa (54,3%) referiu possuir de 0 a 3 anos de estudo, com média de 3,5 anos, índice igual ao divulgado pelo Censo Demográfico (IBGE, 2000). A taxa de analfabetismo da população idosa residente na região Sudeste do Brasil é de 17% e a

taxa de analfabetismo encontrada no estudo foi de 16% (IBGE, 2010). É importante considerar que a escolaridade é fator predonderante para a manutenção da atividade econômica em qualquer faixa etária, além disso, a maior escolaridade proporciona um maior nível de acesso e compreensão de informações e está associado a um estilo de vida saudável, prática de atividades físicas, melhores condições de saúde, menor índice de morbimortalidade e maior renda (IPEA, 2004; SIQUEIRA et al, 2008; IBGE, 2010; REBELLATO et al, 2015; ILC-BRASIL, 2015; JASILIONIS, SHKOLNIKOV, 2016). De fato, no presente estudo, foi possível observar relação entre maior escolaridade e renda e maior escolaridade e realização de atividades físicas.

Além disso, somando as evidências da literatura, neste estudo, a idade e escolaridade se correlacionaram negativa e positivamente, respectivamente, com os escores do MEEM. A influência da idade e, sobretudo, da escolaridade, vem sendo amplamente discutida em estudos nacionais e internacionais com idosos residentes na comunidade ou institucionalizados, destacando que quanto maior a idade e menor a escolaridade, menor o escore no MEEM (CRUM et al, 1993; LAUNER et al, 1993; BERTOLUCCI et al, 1994; JACQMIN-GADDA et al, 1997; ALMEIDA, 1998; LAKS et al, 2003; BRUCKI et al, 2003; BRITO-MARQUES, CABRAL-FILHO, 2004; YASSUDA, ABREU, 2006; LOURENÇO, VERAS, 2006; SOUZA et al, 2007; MACHADO et al, 2007; KOCHHANN et al, 2009; LENARDT et al, 2009; PAULO, YASSUDA, 2010; SANTOS et al, 2010; COELHO et al, 2012; ARGIMON et al, 2012; DOMICIANO et al, 2014).

A própria estrutura do MEEM, que avalia funções cognitivas específicas, como orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual, é um limitador para pessoas com baixa escolaridade, dessa forma é essencial o uso do instrumento com níveis diferenciados para cada escolaridade a fim de minimizar erros diagnósticos (BERTOLUCCI et al, 1994). Apesar disso, maior escolaridade tem sido vista como fator protetivo para o declínio cognitivo (BRITO-MARQUES, CABRAL-FILHO, 2005; MACHADO et al, 2011).

No presente estudo não foi constatada relação entre declínio cognitivo e gênero, embora resultados da literatura sejam controversos em relação a este aspecto. Os resultados da presente pesquisa estão de acordo com os achados de Kochhann e colaboradores (2009), que aplicaram o MEEM em 1553 adultos independentes, de 20 a 92 anos (média de idade de 49,6 anos) oriundos de diferentes setores do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (Rio Grande do

Sul) e; também, de acordo com os resultados do estudo de Freidl e colaboradores (1996) que analisaram a influência de fatores sociodemográficos, comportamentais, ambientais e de saúde sobre a pontuação do MEEM em 1437 australianos de 50 a 80 anos (FREIDL et al, 1996).

No entanto, em pesquisa desenvolvida com 503 idosos sem deficiências, com idade média de 72,6 anos, cadastrados em Estratégias de Saúde da Família de Dourados (Mato Grosso do Sul), identificaram maior déficit cognitivo (pelo MEEM) no sexo feminino (SANTOS et al, 2010). Inversamente a esse resultado, em um estudo internacional desenvolvido na Holanda com 599 idosos de 80 anos de idade, foi possível verificar que as mulheres apresentaram melhor função cognitiva do que os homens (van EXCEL et al, 2001). Assim, por ser controversa, esta questão precisa ser analisada com cuidado e aprofundada, na medida que essa relação pode sofrer influência de variáveis como a interação entre diferenças biológicas mais específicas que envolvem o gênero (mudanças hormonais, aterosclerose, dentre outras), e a escolaridade ou questões culturais (van EXCEL et al, 2001; KOCHHANN et al, 2009).

O escore do MEEM apresentou correlação, mesmo que de baixa magnitude, com viuvez, situação ocupacional e número de filhos, relação que certamente sofreu ação da variável idade. No estudo de Rosset et al (2011) verificou-se que, especificamente em relação a viuvez, idosos viúvos com mais de 80 anos, residentes em Ribeirão Preto (São Paulo), apresentaram menor escore no MEEM em comparação a idosos casados também longevos (ROSSET et al, 2011).

Ainda dentro das variáveis sociodemográficas foi verificada correlação de moderada magnitude entre os escores do MEEM e região da cidade, indicando que idosos que moram em regiões com melhor infraestrutura e melhores condições socioeconômicas apresentam maior escore no MEEM, porém, como não foram localizados trabalhos que permitam diálogo com esse resultado, presume-se que esta relação pode ter sido conduzida sob a influência da renda e, por conseguinte, da escolaridade.

O escore da dimensão *Concentração e praxia* do MEEM apresentou correlação de baixa magnitude com a variável solidariedade intergeracional, porém nenhum estudo nacional e internacional que debatesse especificamente a relação entre desempenho cognitivo e relacionamento com os filhos foi localizado¹⁶ na literatura. Em contrapartida, 3 pesquisas, duas

¹⁶ Pesquisa realizada na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, no dia 01/09/2016, com as seguintes expressões de busca: 1) "Transtornos Cognitivos" AND "Relações Familiares" AND "Idoso", 2) "Transtornos Cognitivos" AND "Relação entre gerações" AND "Idoso" e 3) "Transtornos Cognitivos" AND "Relações Pais-Filhos" AND "Idoso".

internacionais e uma nacional, se aproximam do tema na medida que reconhecem a associação entre relações familiares e capacidade cognitiva, indicando que idosos com pobres conexões familiares possuem maior risco de apresentar declínio cognitivo (ZUNZUNEGUI, et al, 2003; BÉLAND et al, 2005) e idosos institucionalizados com distúrbios cognitivos tem mais frequentemente uma família disfuncional (OLIVEIRA et al, 2014).

Nesse mesmo caminho, apesar de não envolver especificamente a solidariedade intergeracional entre pais e filhos, os resultados de outro estudo brasileiro que teve como objetivo avaliar o declínio cognitivo (pelo MEEM) e a sua relação com as características socioeconômicas de idosos participantes de um Programa Municipal da Terceira Idade em Viçosa (Minas Gerais), apontaram que idosos satisfeitos com o seu relacionamento familiar apresentam maior escore no MEEM (MACHADO et al, 2007).

Ainda em relação as variáveis de saúde, o MEEM se correlacionou negativamente com a EDG-15 e positivamente com a prática de atividade física autorreferida, resultados que reforçam os achados presentes na literatura. De modo geral, a literatura científica indica que idosos com sintomas depressivos possuem piores resultados em testes cognitivos (van EXCEL et al, 2001; STELLA et al, 2002; ÁVILA, BOTTINO, 2006; TORIJA et al, 2007) e, sobretudo, no início do processo de deteriorização cognitiva, os idosos podem apresentar depressão (STELLA et al, 2002). Quanto a atividade física, a literatura tem revelado que o seu hábito exerce um efeito positivo sobre a função cognitiva de idosos (ANTUNES et al, 2006; SILVA, SANTOS, 2009; MOREIRA et al, 2010; LISTA, SORRENTINO, 2010; COELHO et al, 2012).

A presença de um maior número de sintomas indicativos de depressão também esteve correlacionada negativamente com a prática de atividade física. Esse achado corrobora com os resultados de estudos que apontam que a atividade física pode reduzir a incidência de depressão, além de ser uma alternativa de tratamento não farmacológica, a fim de minimizar os efeitos do sofrimento psíquico do idoso deprimido (STELLA et al, 2002; MAZO et al, 2005; GUIMARÃES, CLADAS, 2006).

Na presente pesquisa, ainda, constatou-se uma correlação negativa entre gênero e EDG-15 ($r = - 0,15$, $p = 0,049$), indicando que as mulheres apresentam maior sintomatologia depressiva. Apesar da correlação de baixa magnitude, é importante destacar que os estudos realizados com idosos, cadastrados ou não em Estratégias de Saúde da Família, em sua maioria, confirmam essa tendência ao revelar uma maior prevalência de depressão em mulheres

(ROBERTS et al, 1997; TORIJA et al, 2007; SEGULIN, DEPONTE, 2007; PINHO, CUSTÓDIO, MAKDISSE, 2009; GONÇALVES, ANDRADE, 2010).

A depressão em adultos e idosos constitui um problema de saúde pública, em razão de sua alta prevalência, impacto social e sobrecarga dos equipamentos de atenção básica de saúde (FLECK et al, 2002). No presente estudo, o indicativo de prevalência de depressão foi de 21%, ou seja, dentro do limite encontrado na literatura nacional, que é de 15 a 35% em idosos residentes na comunidade (VERAS, MURPHY, 1994; PORCU et al, 2002; OLIVEIRA, GOMES, OLIVEIRA, 2006; BORGES, DALMOLIN, 2012). Porém, vale destacar que apesar de 21% da amostra ter sido identificada, pela EDG-15, como possível caso de depressão, apenas 5,7% referiu, de fato, possuir este diagnóstico, o que pode reforçar considerações de que, além da depressão ser uma doença silenciosa na velhice (MARTINS, AGUIAR, 2006), é, por vezes, subdiagnosticada (ALVARENGA, OLIVEIRA, FACCENDA, 2012).

Os resultados do estudo transversal desenvolvido por Borges e Dalmolin (2012) também demonstraram uma prevalência de depressão de 21%. O estudo foi desenvolvido com 151 idosos cadastrados em ESF de Passo Fundo (Rio Grande do Sul), com características semelhantes a amostra da presente pesquisa, ou seja, idosos, predominantemente, do sexo feminino (67%), média de 70 anos de idade e 4 anos de estudo, 90% com casas próprias, média de 4 filhos por participantes, 70% aposentado e com baixa renda.

Vale pontuar que foram observadas correlações entre os resultados da EDG-15 com outros fatores sociodemográficos, de saúde e qualidade de vida, além do gênero, capacidade cognitiva e prática de atividade física, dados estes que são confirmados pela literatura. O estudo de Borges e Dalmolin (2012), referido anteriormente, ratifica que a depressão está positivamente relacionada com a presença de doenças e percepção negativa de saúde. Além da comorbidade, Torija e colaboradores (2007) destaca a associação entre a depressão e o risco social. A relação entre depressão e relacionamento familiar foi sustentada por Pereira e Roncon (2010) e a associação entre depressão e qualidade de vida foi apontada por Barge-Schaapveld e colaboradores (1999), Silveira e colaboradores (2005) e Gonçalves e Andrade (2010).

Ainda, a revisão bibliográfica realizada por Pinho, Custódio e Makdise (2009) sobre a incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade, realizada nas bases MEDLINE, PUBMED, LILACS e SCIELO com as palavras-chave “idoso”, “fator de

risco”, “depressão” e “incidência”, identificou estudos, de 1997 a 2006, que destacam a relação entre presença de depressão e as seguintes variáveis: sexo feminino, idosos não casados, viuvez, idade avançada, baixa escolaridade, problemas financeiros e presença de condições adversas de moradia, contato restrito com amigos, vizinhos e familiares, déficit cognitivo, presença de doenças e incapacidade, dentre outros aspectos (PINHO, CUSTÓDIO, MAKDISSE, 2009).

Assim, salienta-se a complexidade da depressão e o seu amplo impacto negativo na vida social (incluindo os relacionamentos familiares) e nas condições de saúde dos idosos, sendo indispensável ações baseadas em evidências fornecidas por pesquisas, que possam colaborar para reduzir a ocorrência de depressão e também minimizar os efeitos deletérios desse sofrimento psíquico não só durante a velhice, mas também e, sobretudo, no decorrer da vida dos indivíduos, levando em consideração que, por vezes, mudanças em aspectos ambientais e sociais, como escolaridade, renda, moradia, oportunidades de desenvolvimento de atividades produtivas e prazerosas, bons relacionamentos e prática de atividades físicas podem colaborar nesse processo.

No que tange a atividade física, a Organização Mundial da Saúde (2005) e a literatura científica mundial afirmam que a sua prática regular é uma das ações mais importantes para promover o Envelhecimento Ativo, além de colaborar com a saúde física retardando declínios funcionais e a diminuição do aparecimento de doenças crônicas, contribui para a saúde cognitiva, mental e para o envolvimento social, de uma forma geral (ROLIM, 2005; RIBEIRO et al., 2009; NAVARRO et al., 2008; DESLANDES et al., 2009; AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE [ACSM], 2009; ILC-BRASIL, 2015). Entretanto, apesar desses benefícios, devido ao um estilo de vida cada vez mais sedentário, o nível de atividade física tem diminuído em todas as idades (NG, POPKIN, 2012). Segundo dados do IBGE (2015) apenas 13,6% das pessoas acima de 60 anos praticam o nível recomendado de atividade física no lazer.

No presente estudo, a maioria (67%) dos idosos referiu ser sedentária, número superior ao 45% encontrado por Rebellato (2012) que entrevistou 67 idosos independentes associados da União de Aposentados e Pensionistas de Araras (São Paulo). Tal pesquisa, desenvolvida em 2011, foi realizada com idosos com plano de saúde suplementar, que possuíam maior escolaridade e renda quando comparados a amostra do estudo atual. Assim, é importante ressaltar a importância de se ampliar propostas de educação em saúde e ações acessíveis de incentivo e prática de atividade física, como sugere Mazo e colaboradores (2007), à população

em geral, sobretudo idosos de baixa renda e escolaridade, cadastrados em Estratégia de Saúde da Família.

No presente estudo, os idosos não sedentários citaram a caminhada como a atividade mais praticada e, em relação a frequência, a maioria (63,8%) referiu exercitar-se diariamente, o que está de acordo com a literatura. Rolim (2005) e Ribeiro e colaboradores (2009) afirmam que a caminhada é uma das principais atividades praticadas por esse grupo populacional e que, geralmente, quando se exercitam, praticam a atividade regularmente.

A atividade física, além de se correlacionar negativamente com a EDG-15 e positivamente com gênero e o MEEM, se associou com outras variáveis. Quanto as variáveis de saúde e qualidade de vida, os resultados já eram esperados, uma vez que há evidências de que a atividade física é uma importante medida a ser utilizada na prevenção e tratamento de doenças crônicas (COELHO, BURINI, 2009), além de estar associado com a percepção de saúde (MAZO et al, 2012) e qualidade de vida de idosos (MOTA et al, 2006; TOSCANO, OLIVEIRA, 2009).

No que se refere as variáveis sociodemográficas, a atividade física se correlacionou positivamente com a escolaridade, como já mencionado anteriormente. Não há um consenso na literatura sobre essa questão, pois os estudos são desenvolvidos com amostras e contextos diversos dificultando a sua comparação, como é o caso de dois estudos nacionais sobre o tema que foram desenvolvidos nos últimos 8 anos. Por um lado, o estudo descritivo desenvolvido por Mazo e colaboradores (2012), realizado com 352 idosos longevos participantes de grupos de centro de convivência de Florianópolis (Santa Catarina), encontrou associação entre escolaridade e prática de atividade física. Em contrapartida, outro estudo realizado com 53 idosos, com média de 68 anos de idade e 7 anos de estudo, participantes de um programa de dança de uma Universidade do interior do Estado de São Paulo, não encontrou associação entre essas variáveis (QUADROS JUNIOR, CAMARGO, GOBBI, 2011).

No que se refere a correlação da atividade física com a aposentadoria não se pode deixar de considerar a influência do gênero, uma vez que houve o predomínio de homens no subgrupo de pessoas aposentadas que praticam atividades físicas. Compreende-se que com a aposentadoria, os homens que, culturalmente não se dedicam ao afazeres domésticos e cuidados da família, apresentam mais tempo para se dedicarem as atividades de lazer, dentre elas, as atividades físicas (BENEDETTI et al, 2008). Neste estudo, as mulheres apresentaram maior índice de sedentarismo. A relação entre praticar atividades físicas e o gênero, sobretudo em

relação à prática de atividade física de lazer, também foi referida em outros estudos, destacando que as mulheres são mais inativas fisicamente que os homens (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO, 2007]; BENEDETTI et al, 2008; SIQUEIRA et al, 2008; MACIEL, 2010). A situação das mulheres deveria, portanto, merecer uma atenção especial, visto que estas vivem mais e com mais problemas crônicos de saúde.

Retomando a questão da aposentadoria, foi verificada correlação negativa entre essa variável e a viuvez, fato que também possivelmente está relacionado com o gênero, uma vez que prevaleceu a figura feminina dentre as pessoas viúvas (apenas 6 homens dentre os 37 viúvos). A mulher idosa possui menor reconhecimento e direito à aposentadoria, uma vez que durante a sua idade produtiva, dedicou-se, sobretudo, a gestão doméstica e cuidado com os filhos em detrimento do trabalho formal (SALGADO, 2002; ILC-BRASIL, 2015).

Nesse mesmo sentido, não se pode deixar de considerar a influência do gênero e também da renda na correlação entre a situação habitacional (possuir ou não casa própria) e o estado civil e entre a situação habitacional (possuir ou não casa própria) e idade, visto que o percentual de mulheres não casadas e mais idosas foi maior do que o de homens e, as mulheres, comprovadamente, possuem menor renda (IPEA, 2004; ILC-BRASIL, 2015).

A maior proporção de homens idosos casados do que mulheres segue uma tendência mundial, que aponta que mais de três quartos dos homens vivem na companhia de seu cônjuge, enquanto dois terços das mulheres são viúvas, solteiras ou separadas (PASCHOAL, FRANCO, SALLES, 2007). Aponta-se que este fato pode estar associado, sobretudo, a maior tendência dos homens em estabelecer relacionamento conjugal com mulheres mais jovens, maior propensão dos homens idosos em buscar um novo relacionamento frente a viuvez e a maior longevidade das mulheres (IBGE, 2011; BANCO MUNDIAL, 2011; ILC-BRASIL, 2015).

No que concerne a correlação do gênero com fatores econômicos e sociais, neste estudo foi verificado que as mulheres possuíam menor renda, moravam mais frequentemente do que os homens em casas cedidas ou alugadas, não eram aposentadas e, como também foi observado no estudo de Romero (2002), moravam, geralmente, sozinhas ou na companhia de diferentes membros da família.

Nesta direção, a literatura científica evidencia que as mulheres idosas possuem maior vulnerabilidade social e dependência econômica (CAMARGOS, 2008; CAUDURO, GONÇALVEZ, CAUDURO, 2013; ILC-BRASIL, 2015), haja vista que, de modo geral, elas

historicamente tem menos acesso à educação, menor renda, poucas oportunidades de emprego e de participação fora do ambiente doméstico e maior risco de isolamento social (LIMA, BUENO, 2009; ILC-BRASIL, 2015).

Devido ao impacto acumulativo dessas desigualdades econômicas e sociais, somado a sua maior longevidade, menor acesso a alimentos nutritivos e falta de oportunidades para o desenvolvimento de atividade física ao longo dos anos, as mulheres apresentam também maiores taxas de deficiências e morbidades (LIMA, BUENO, 2009; ILC-BRASIL, 2015). Considerando esses aspectos e a feminilização da velhice, caracterizada pela maior proporção de mulheres que homens nessa fase da vida (CAMARANO, 2006; IBGE, 2013), é de fundamental importância a ampliação da discussão do gênero no desenvolvimento de pesquisas e ações à essa população.

Outro fato que deve ser considerado nas ações sociais e de saúde é o número de idosos em domicílios unipessoais, haja vista os riscos inerentes a essa situação, como o isolamento social e a segurança do idoso na realização de atividades cotidianas, devido às próprias limitações impostas pelo avanço da idade (CAMARGOS, 2008; CLARES et al, 2011; CAUDURO, GONÇALVEZ, CAUDURO, 2013). Ainda que o número de idosos que moram sozinhos seja crescente em todo o mundo, devido a questões como o próprio aumento da longevidade, opção, celibato, viuvez, número de filhos, migração e tipos de arranjos familiares e domésticos (CAMARGOS, 2008; CAUDURO, GONÇALVEZ, CAUDURO, 2013), na presente pesquisa, poucos idosos estavam morando sozinhos, apenas 12 (6,9%), valor abaixo da média nacional, que é de 13,7% (PNAD, 2010).

Nesta pesquisa, metade dos idosos referiram que moram na companhia de seus filhos, com ou sem a presença do cônjuge ou outro parente, como também evidenciado em outras pesquisas (ROMERO, 2002; PAVARINI et al, 2006; TEIXEIRA, RODRIGUES, 2009; VICTOR et al, 2009; IBGE, 2013).

Segundo a literatura, a renda é considerada fator determinante na composição de domicílios de idosos, sobretudo os que possuem baixa renda, visto que seus filhos podem ter dificuldades para sair de casa por problemas econômicos ou retornam para a casa de seus pais após separações (TEIXEIRA, RODRIGUES, 2009), ampliando, inclusive a probabilidade de arranjo doméstico multigeracional. Não obstante, vale destacar que, além das questões financeiras, os componentes culturais possivelmente permeiam e complexificam as situações de convivência e moradia dos idosos brasileiros.

Contudo, de modo geral, os idosos preservam boas relações com as pessoas com quem coabitam (PAVARINI et al, 2006); e também com os seus filhos, como foi possível evidenciar nos estudos realizados por Navarro e colaboradores (2008), Pereira e Roncon (2010) e Braz (2013) com idosos residentes na comunidade, fato que também foi constatado na presente pesquisa. Apesar disso, é importante ressaltar que, no contexto brasileiro, é social e culturalmente esperado que pais e filhos tenham uma boa relação, o que pode produzir uma tendência nos idosos em responder de forma positiva o relacionamento que possui com os seus filhos, mesmo que isso não seja real.

Considerando que as relações entre pais e filhos no Brasil e em outros países, geralmente se estendem ao longo da vida (BRAZ, 2013) e que essas relações são moldadas pelas circunstâncias e experiências existenciais (PEREIRA, RONCON, 2010), fica claro compreender que a relação de afeto e o apoio no contexto familiar é um elemento significativo para a qualidade do cuidado e trocas benéficas entre as gerações (PARROT, BENGSTON, 1999; PAVARINI et al, 2006; BRAZ, 2013; COIMBRA, RIBEIRO, FONTAINE, 2013).

Tal circunstância influencia a condição de saúde e qualidade de vida dos indivíduos (LOWENSTEIN, 2007; INOUE et al, 2010; SOUZA, 2012; BRAZ, 2013; CARDOSO, s.d), como ficou evidenciado no presente estudo, que constatou correlação positiva entre a solidariedade intergeracional e as variáveis percepção de saúde, qualidade de vida, número de doenças e a EDG-15.

Braz (2013) afirma que a presença de doenças crônicas e/ou degenerativas e de alterações cognitivas, provavelmente modificam o padrão de relacionamento entre os idosos e seus filhos adultos. De qualquer forma, sugere-se a realização de novos estudos sobre as implicações da relação entre solidariedade intergeracional de idosos e seus filhos e comorbidades, uma vez que problemas de saúde trazem desafios para toda a família, que coloca em confronto preceitos culturais, econômicos e afetivos.

No que se refere a solidariedade intergeracional e a atividade física, a correlação verificada neste estudo foi de baixa magnitude. Ainda que essa relação não seja claramente abordada na literatura¹⁷, estudos comumente destacam que o relacionamento e suporte familiar adequados resultam em efeitos positivos, como o bem estar psicológico, melhora da autoestima,

¹⁷ Pesquisa realizada na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, no dia 04/09/2016, com as seguintes expressões de busca: 1) "Atividade Motora" AND "Relações Familiares" AND "Idoso" e "Atividade Motora " AND "Relação entre gerações" AND "Idoso" e 3) "Atividade Motora" AND "Relações Pais-Filhos" AND "Idoso".

senso de pertencimento e de cuidado (NAVARRO et al, 2008; INOUYE et al, 2010), o que pode favorecer a inserção em atividades físicas quando vistas como importantes para o cuidado da saúde ou agradáveis como forma de recreação.

Na presente pesquisa, a solidariedade intergeracional também apresentou correlação positiva com o estado civil e a satisfação com o bairro. Silvestein e Bengston (1997), em um estudo intergeracional realizado com 1500 americanos entre 18 a 90 anos, verificou que o estado civil dos pais, a condição socioeconômica e o padrão de moradia influenciam os tipos de relacionamentos entre pais e filhos, além do gênero e a idade dos filhos.

Ainda sobre esse tema, frente a escassez de estudos, importa destacar a relevância de efetivação de pesquisas brasileiras que focalizem a solidariedade intergeracional, visto as crescentes oportunidades de convívio entre gerações e as diretrizes de incentivo de políticas públicas e de acordos internacionais para a viabilização de formas alternativas de convívio e solidariedade intergeracional, uma vez que compreendem os seus benefícios para um envelhecimento ativo (BRASIL, 1994; BRASIL, 2006; OMS, 2005; ILC-BRASIL, 2015).

Em relação as variáveis de saúde, neste estudo, foi observado que um número significativo de idosos referiu apresentar pelo menos uma doença, apesar de avaliar positivamente a sua saúde e estarem satisfeitos com a mesma. Atribui-se esses resultados à capacidade funcional dos idosos, que, mesmo com diferentes doenças crônicas, permanecem independentes, fato que pode ter influenciado a sua percepção e satisfação com a saúde. Além disso, apesar de não ter sido avaliada no presente estudo, destaca-se que a resiliência, ou seja, a capacidade dos indivíduos em enfrentar, transformar e superar adversidades, geralmente mais alta na população idosa, também pode atuar positivamente nesse processo (FORTES, PORTUGUEZ, ARGIMON, 2009).

No estudo desenvolvido por Rebellato (2012) com idosos independentes residentes na mesma cidade onde o presente estudo foi realizado, foi também observado que independentemente de apresentar doenças, a maioria se considerava bastante ou extremamente saudável. Esses resultados corroboram com os estudos de Farinasso e colaboradores (2006), Jóia, Ruiz e Donalísio (2008), Borges e colaboradores (2014) desenvolvidos com idosos residentes na comunidade de diferentes regiões do Brasil.

Porém, no estudo de correlação, a comorbidade (número de doenças) esteve associado negativamente com a avaliação subjetiva de saúde, ou seja, quanto maior o número de

doenças, mais negativa é a avaliação subjetiva de saúde, que, no presente estudo, foi avaliada por duas questões: uma referente a avaliação de saúde autorreferida e a outra da satisfação autorreferida com a saúde.

Evidência semelhante foi obtida no estudo de Hartmann (2008), desenvolvido com 1.078 idosos de Porto Alegre (Rio Grande do Sul), que identificou associação entre a ausência de doenças e a autopercepção positiva de saúde e; também, a associação entre algumas doenças crônicas, como a diabetes e hipertensão, e a autopercepção negativa de saúde. Quanto a este último aspecto, o estudo de SOUZA (2012), realizado com 316 idosos residentes da região urbana de um município da Bahia, também identificou que determinadas doenças estavam relacionadas com pior autopercepção de saúde. Esses resultados reforçam a legitimidade e credibilidade da autoavaliação de saúde, conforme aponta Peres e colaboradores (2010).

As doenças mais prevalentes referidas pelos idosos foram os problemas cardíacos, diabetes e hipertensão, que são as principais doenças crônicas que afetam os idosos mundialmente (OMS, 2005; IBGE, 2010; ILC-BRASIL, 2015). A média de doenças foi de 2,2 por idoso, apesar da literatura evidenciar a presença de mais de 3 doenças por idoso (IBGE, 2010; BLAY; MERCHESONI, 2011), a amostra da presente pesquisa não pode ser considerada hígida, haja vista que esta variável foi avaliada considerando o relato livre dos idosos sobre o número de doenças que os acometia.

Neste estudo, o número de doenças também esteve correlacionado negativamente com a avaliação subjetiva de qualidade de vida, o que está de acordo com os resultados da pesquisa de Campolina, Dini e Ciconelli (2011) desenvolvida com 360 idosos residentes na comunidade, recrutados na Universidade Federal de São Paulo (capital), que evidenciaram que o aumento de comorbidades provoca variação significativa da qualidade de vida, medida pelo SF36 (36-Item Short-Form Health Survey). Além disso, Arnold e colaboradores (2004) após a realização de uma pesquisa com 5.279 pessoas acima de 57 anos na Holanda, destacaram que problemas de saúde afetam a qualidade de vida de uma forma geral.

A relação entre condições de saúde e qualidade de vida é ratificada por vários outros autores (BUSS, 2000; MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000; SEIDL, ZANNON, 2004; KLUTHCOVSKY, TAKAYANAGUI, 2007; PASKULIN et al, 2010; MARTINEZ-MARTIN, 2012; ILC-BRASIL, 2015), o que torna importante destacar que, apesar de ser um constructo

multidimensional, a percepção de qualidade de vida está intimamente relacionada com condições de saúde (PASKULIN et al, 2010).

Na area de gerontologia, Paskulin e colaboradores (2010) realizaram um estudo descritivo com 260 idosos de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, com o objetivo de conhecer a percepção sobre o significado de qualidade de vida para este grupo e, identificaram que para a metade dos participantes qualidade de vida significa ter saúde. Considera-se que este fato, justifica a correlação positiva entre avaliação subjetiva de qualidade de vida e avaliação subjetiva de saúde encontrada neste estudo, já que a avaliação desses dois aspectos foi realizada de forma mais genérica.

Podemos concluir que o estudo do perfil dos idosos e a associação entre as variáveis sociodemográficas, de saúde, de solidariedade intergeracional e qualidade de vida, permitiram reconhecer que os participantes do presente estudo possuem características semelhantes a maioria dos idosos brasileiros. Ademais, contribuiu para identificar fatores relacionados à condição de saúde e doença dessa população, reforçar a relevância da feminização da velhice e da relação de fatores contextuais nessa fase da vida, apontar lacunas em termos de pesquisas e de ações de cuidado, que foram fundamentais para o aprofundamento da discussão dos resultados subsequentes e, certamente, contribuirão para ações futuras no território.

6.2 Comparação entre níveis de participação social em função de variáveis sociodemográficas, de saúde, de solidariedade intergeracional e de qualidade de vida

O processo de envelhecimento populacional e a maior longevidade humana tem impulsionado o desenvolvimento de pesquisas, visando, sobretudo, compreender as implicações do envelhecimento nos diferentes âmbitos da sociedade e apontar caminhos para ações direcionadas às necessidades, interesses e direitos deste grupo etário (FREITAS *et al.*, 2002a; PRADO, SAYD, 2006).

Com este intuito, verifica-se que, nos últimos anos, a Política de Envelhecimento Ativo, desde a sua elaboração em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e, agora, com a sua revisão em 2015, tem inspirado e guiado em todo mundo o desenvolvimento de pesquisas, de ações e de políticas públicas na área (OMS, 2005; ILC-BRASIL, 2015). Assim, o desafio atual é buscar a otimização de oportunidades de saúde, segurança, aprendizagem ao longo da vida e

participação em todas as idades, aumentando a possibilidade de usufruir uma velhice com qualidade de vida (ILC-BRASIL, 2015).

Na perspectiva da OMS, ser ativo, vai além da realização de atividades físicas ou da força de trabalho, envolve também o engajamento na vida social, cultural, espiritual, familiar, cívica e em atividades de voluntariado (OMS, 2005; ILC-BRASIL, 2015), o que se assemelha com a concepção de participação social, foco do presente estudo, que seguiu a definição do Human Development Model - Disability Creation Process (HDM-DCP), da classificação Quebec. Dentro deste modelo, a participação social é vista como a manifestação de hábitos de vida, definida como o envolvimento em atividades diárias e sociais, que sofrem influência de fatores pessoais e ambientais (FOUGEYROLLAS et al., 1999; DESROSIERS et al., 2005; ROY-BOUTHOT et al, 2014).

No presente estudo, além dos itens dos domínios Educação e Emprego, foi verificado que os idosos, de modo geral, não apresentavam alguns outros hábitos de vida, a saber: usar o computador; escolher uma casa que atenda suas necessidades; dirigir um veículo; andar de bicicleta; garantir a educação de seus filhos; cuidar da saúde de seus filhos; manter relacionamento próximo com seus pais; participar de grupos sociais ou comunitários; participar de atividades artísticas, culturais ou artesanais; ir a eventos esportivos; ir a eventos artísticos e culturais.

Alguns hábitos, efetivamente não fazem parte do repertório ocupacional regular de um idoso por uma questão da própria idade e fase da vida em que se encontram, como manter relacionamento próximo com seus pais e garantir a educação e o cuidado de seus filhos. Sobre a primeira questão, é evidente que, devido a própria idade, poucos idosos possuem ainda os pais vivos. No que se refere a educação e o cuidado de seus filhos, os idosos geralmente possuem filhos que estão na fase adulta, assim, já não necessitam mais assumir o papel de cuidador dos mesmos, salvo em situações de possuir filhos com deficiências e/ou problemas de saúde. Segundo Martins e Couto (2014), idosos que cuidam de filhos adultos com deficiências convivem com a dupla carga do isolamento social, resultante da limitação física imposta pela idade e pelo escasso ou inexistente convívio social imposto pela dedicação constante aos cuidados dos mesmos, além disso manifestam cansaço, sentimento de solidão e medo de apresentar doenças que os impeçam de exercer essa função. Aponta-se que essa temática deveria ser mais explorada

em estudos futuros, uma vez que esta situação poderá afetar o nível de participação social e bem-estar do idoso cuidador.

Além disso, apesar de não ter sido foco de investigação no presente estudo, é importante ressaltar que na atualidade, cada vez mais, por diferentes razões, adultos jovens solteiros de ambos os sexos permanecem na casa de sua família de origem, ocasionando o fenômeno denominado “ninho cheio” (SILVEIRA, WAGNER, 2006; VIEIRA, RAVA, 2012). Acredita-se que esse novo arranjo familiar que, por vezes, dificulta a emancipação física, financeira e emocional do adulto jovem traz também implicações na disponibilidade de tempo e participação social de idosos, haja vista que permanecem um maior período de sua vida responsáveis pelo cuidado de seus filhos. Assim, sugere-se a realização de investigações futuras sobre a participação social de idosos nessa situação.

Os idosos também não citaram como hábito a necessidade de escolher uma casa que atenda suas necessidades. Acredita-se que este resultado esteja ligado ao fato da maioria dos idosos deste estudo já possuir casa própria. Ademais, é importante destacar que, quando é possível e pertinente (para a população que pode contar com oportunidade de moradia e de condições de vida menos vulneráveis), os idosos residem no mesmo local há um longo tempo, estabelecendo uma forte ligação com os espaços internos e externos de sua casa e atribuindo-a um significado positivo de paz, segurança, tranquilidade, privacidade e diversão (MACEDO et al, 2008), alimentando o desejo de continuar residindo em suas próprias casas o tempo que for possível (PIMENTEL, 1995 apud FERREIRA, 2009; PAÚL et al, 2005 apud FERREIRA, 2009).

No que tange o uso do computador, verifica-se a ampliação de relatos de experiências e projetos de inclusão digital para idosos, onde tem sido cada vez mais discutido os benefícios do uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) à esta população, como melhora do desempenho cognitivo; resgate de sua identidade e imagem enquanto sujeito ativo, crítico e dinâmico; ampliação de oportunidades de relacionamento interpessoal; diminuição do isolamento social; manutenção de contato intergeracional familiar e não familiar; desenvolvimento de projetos de formação educacional e profissional; ampliação de sua satisfação pessoal e envelhecimento bem-sucedido (NUNES, 2006; ORDONEZ; YASSUDA; CACHIONI, 2011; VECHIATO; VIDOTTI, 2010; KACHAR, 2010; KATZENSTEIN, SCHWARTZ, ALMEIDA, 2012; MEDEIROS et al, 2012; CARLETO, 2013).

Contudo, o uso do computador e de outras tecnologias pelo idoso brasileiro ainda não é uma realidade generalizada, visto o pouco estímulo e oportunidades para o aprendizado de novas tecnologias, custo elevado considerando a realidade financeira do idoso no país e a necessidade de determinadas habilidades física e percepto-cognitivas, já que nem sempre o seu uso é simples e intuitivo; fatores que podem implicar em a falta de interesse do próprio idoso (KACHAR, 2010; MEDEIROS et al, 2012; CARLETO, 2013). Considera-se que essas questões podem estar ligadas ao pouco uso do computador pelos idosos participantes da presente pesquisa, já que a amostra foi formada, predominantemente, por idosos de baixa renda e baixa escolaridade.

Dirigir um veículo e andar de bicicleta, que também não fazem parte dos hábitos de vida dos idosos participantes da presente pesquisa, sofrem influência de fatores econômicos, culturais e sociais e requerem habilidades físicas e percepto-cognitivas (ASSUMPCÃO, 2014; ALONSO et al, 2016), que, por vezes, estão limitadas na população idosa devido ao próprio processo de envelhecimento. Além disso, Assumpção (2014) durante o estudo de adaptação transcultural e propriedades de medida do LIFE-H 3.1-Brasil em hemiparéticos crônicos, verificou que, para essa amostra específica, esses itens apresentaram um padrão errático, podendo representar uma ameaça à validade do instrumento devido ao caráter de imprevisibilidade de seus escores.

No estudo de Assumpção (2014), referido anteriormente, outros itens também seguiram um comportamento errático, sugerindo que não combinam com os outros itens para definir um padrão de habilidade ou existem problemas em sua definição, como por exemplo ir a eventos esportivos e participar de atividades recreativas na vizinhança, que fazem parte do domínio Recreação. A autora acredita que esse comportamento é aceitável considerando a amostra de seu estudo formada por hemiparéticos crônicos, uma vez que são itens que exigem habilidade física para a sua realização.

Assim, somado a questão dos itens erráticos verificados no LIFE-H 3.1-Brasil, tem-se também, como discutido anteriormente, a implicação da habilidade física nesta faixa etária, condições socioeconômicas e culturais que fornecem elementos para a compreensão do resultado observado neste estudo onde o domínio Recreação apresentou a menor média de participação social dentre os outros domínios analisados, como também evidenciado em estudos internacionais realizados com idosos com e sem deficiência (NOREAU et al, 2004;

LEVASSEUR, DESROSIERS, NOREAU, 2004; DESROSIERS et al, 2005; LEMMENS et al, 2007; DESROSIERS et al, 2009b; POULIN, DESROSIERS, 2009; PLANTE et al, 2010). A média de recreação de 6,3, obtida no presente estudo, foi exatamente igual a verificada, por meio do LIFE-H versão 2.1, em estudo comparativo desenvolvido por Desrosiers e colaboradores (2005) com idosos sem deficiências, no Canadá.

No estudo atual, alguns itens que envolvem a participação em grupos sociais e comunitários e a participação ou a realização de atividades recreativas nem sequer foram citadas como realizadas habitualmente pelos idosos. Especificamente quanto ao domínio Recreação do LIFE-H 3.1-Brasil, nota-se que os itens desse domínio são formados por (a) atividades realizadas sem a existência de contato direto (paralelamente aos outros como, por exemplo, caminhar); (b) atividades de contato social, sem o envolvimento específico compartilhado (ir a eventos artísticos, esportivos ou culturais, por exemplo) e; (c) atividades de interação colaborativa (inclui a maioria das atividades recreativas, como jogar cartas, bocha, participar de uma peça de teatro, por exemplo), segundo a taxonomia de participação definido por Levasseur e colaboradores (2010). Entretanto, em estudos internacionais e nacionais, verifica-se que os idosos se envolvem, principalmente, em ocupações solitárias e passivas, como assistir televisão, ao invés de atividades de caráter social mais amplas (MCKINNON, 1992; STANLEY, 1995; MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007; DOIMO; DERNTL; LAGO, 2008; REBELLATO, 2012; REBELLATO et al, 2015).

A despeito dos resultados e, de forma complementar, Kielhofner (2002) afirma que os idosos, de modo geral, possuem interesse em estar envolvidos em ocupações sociais mais ativas, porém não os fazem devido a falta de transporte, instalações, dinheiro e companhia, medo de aprender coisas novas, sofrer reprovações ou acidentes e falta de prazer. Importa chamar a atenção para que tais aspectos sejam considerados como dimensões relevantes em políticas públicas voltadas para esta população, visando estimular a participação dos idosos em atividades diárias e sociais.

Assim, de acordo com a compreensão de participação social pelo HDM-DCP, acredita-se que, além de fatores pessoais como habilidade física, outros aspectos devem ser considerados como componentes que influenciam na escolha e desempenho de atividades diárias e sociais, como barreiras ambientais, econômicas, sociais e culturais (FOUGEYROLLAS *et al.*, 1999; ASSUMPÇÃO, 2014).

No presente estudo, na comparação das médias de participação social em função de variáveis sociodemográficas, de saúde, de percepção de solidariedade intergeracional familiar e de qualidade de vida, foram verificadas diferenças significativas entre subgrupos de idosos.

Vale lembrar que as análises advindas do LIFE-H 3.1-Brasil, neste estudo, foram realizadas através das quatro dimensões extraídas da análise fatorial, a saber: *Cuidados pessoais, Comunidade, Recreação e Comunicação*, além do *LIFE-H Total* que compreende as quatro dimensões supracitadas, haja vista que apresentaram consistência interna verificado pelo Coeficiente Alfa de Cronbach acima de 0,70, garantindo a validade e fiabilidade de seus resultados. Tal opção implicou que os resultados não fossem obtidos a partir dos domínios originalmente presentes no instrumento, como verificado em alguns estudos que utilizaram o LIFE-H 3.1-Brasil com a população idosa (POULIN; DESROSIERS, 2008; POULIN; DESROSIERS, 2009; DESROSIERS et al., 2009a; DESROSIERS et al., 2009b; PLANTE et al., 2010, VISCOGLIOSI et al., 2011). Importa destacar que a opção de análise adotada no presente estudo qualifica de forma mais ampla os resultados e, não impede o diálogo com estudos que optaram por análises diferentes, como foi possível notar a diante.

Na comparação entre os gêneros, foi constatada diferença na dimensão *Recreação*, a favor dos homens, ou seja, os homens apresentaram maior participação social nessa dimensão, que compreende os seguintes itens: participar de atividades físicas para a saúde; participar de atividades esportivas ou recreativas; participar de atividades ao ar livre; locomover em superfícies irregulares; manter um relacionamento sexual e usar os serviços de recreação em sua vizinhança.

Acredita-se que essa diferença é consistente com os papéis de gênero tradicional em nossa sociedade, onde é permitido ao homem, ao longo de sua vida, maior participação em atividades sociais e recreativas públicas quando comparados as mulheres (FERNANDES, 2009; FREIRE, NERI, 2009; REBELLATO et al, 2015). E, após a aposentadoria, apesar de esperar um maior envolvimento do homem nas atividades de cuidados da casa e da família (STANLEY, 1995; FERNANDES, 2009; REBELLATO, 2012; REBELLATO et al, 2015), esse comportamento, por vezes, se mantém inalterado, continuando estas atividades a cargo das mulheres (WHO, 2007; BENEDETTI et al, 2008; SIQUEIRA et al, 2008).

Não obstante, não se pretende aqui indicar que a expectativa de retorno ao lar dos homens seja necessariamente positiva se concretizada e, sim, que as mulheres ao longo da vida

tenham mais oportunidades e investimentos, tanto de atenção/intervenção quanto de políticas públicas voltadas para a participação social como aqui compreendida, uma vez que a maior prevalência de sedentarismo e restrição social entre as mulheres podem trazer impactos irreversíveis para a participação social e qualidade de vida na velhice.

Vários estudos tem evidenciado que as mulheres na velhice continuam assumindo prioritariamente o compromisso de atividades domésticas e de cuidados da família (marido, filhos e netos) em detrimento de atividades sociais e de lazer (STANLEY, 1995; BUKOV, MAAS, LAMPERT, 2002; DOIMO, DERNTL, LAGO, 2008; FERNANDES, 2009; RIBEIRO et al, 2009; FREIRE, NERI, 2009; REBELLATO, 2012; LI et al, 2014; REBELLATO et al, 2015). Outra diferença entre mulheres e homens foi apontada por Agahi e Parker (2008), esses autores afirmam que, geralmente, as mulheres se envolvem em atividades vinculadas a organizações, como centros de convivência e outros programas institucionais, enquanto os homens tendem a se envolver em atividades sociais e recreativas livres, como evidenciado no presente estudo, visto que atividades ao ar livre e o uso de serviços de recreação em sua vizinhança, são itens da dimensão *Recreação*.

No que se refere ao item sexualidade, no decorrer da vida, os homens investem mais nessa esfera do que as mulheres e, apesar desse tema estar sendo abordado cada vez mais abertamente em nossa sociedade, ainda está cercado de preconceitos e tabus, sobretudo, em relação à sexualidade feminina (FREIRE, NERI, 2009), o que pode ter influenciado no resultado da presente pesquisa.

Diferenças no nível de participação social entre homens e mulheres também foram verificadas em dois estudos realizados por Desrosiers, Noreau e Rochete (2004) e Desrosiers e colaboradores (2009b), que utilizaram o LIFE-H 3.1 em idosos residentes na comunidade da província de Quebec (Canadá).

No primeiro estudo (DESROSIERS, NOREAU, ROCHETE, 2004), realizado com uma amostra não probabilística de 379 pessoas acima de 55 anos de idade, os autores verificaram que as mulheres apresentaram maior nível de participação nos domínios Nutrição, Moradia e Relacionamento Interpessoal enquanto que os homens tiveram maior nível de participação no domínio Mobilidade, ou seja, como já destacado anteriormente, as mulheres estão mais envolvidas em atividades domésticas e de relacionamento e os homens em atividades externas.

No segundo estudo (DESROSIERS et al, 2009b), que foi randomizado e teve como objetivo central comparar, por faixa etária e sexo, o nível de participação de 350 idosos acima de 65 anos da região urbana, semiurbana e rural, os resultados não diferiram muito do estudo realizado em 2004. Desrosiers e colaboradores (2009b) identificaram maiores pontuações nos domínios Nutrição e Comunicação para as mulheres e Mobilidade e Condicionamento físico para os homens. Ambos autores também atribuíram essas diferenças à influência das demarcações entre gênero, produzida pela expectativa sociocultural e afirmam que o gênero é um importante fator a ser considerado na participação social (DESROSIERS, NOREAU, ROCHETE, 2004; DESROSIERS et al, 2009b).

Assim, considerando os achados da presente pesquisa e a literatura, apesar de Bukov, Maas e Lampert (2002) destacarem que essas diferenças entre gênero, pelo menos em alguns aspectos, tendem a diminuir em idades mais avançadas, considera-se de vital importância o desenvolvimento de ações que estimulem o engajamento em atividades recreativas ao longo da vida, considerando as particularidades tanto de homens quanto de mulheres, favorecendo o envelhecimento ativo de ambos.

Além do gênero, a idade também é reconhecida na literatura como um importante elemento para a compreensão da participação social de idosos (DESROSIERS, NOREAU, ROCHETE, 2004; WILKIE et al, 2006; DESROSIERS et al, 2009b), independentemente se o idoso possuir limitações funcionais (ALMA et al, 2012; DESROSIERS et al, 2002; DESROSIERS et al, 2005; DESROSIERS et al, 2006). A amplitude da influência da idade na variação da participação também pode ser confirmada nos resultados de um estudo de base populacional, realizado no Reino Unido, com 7.259 pessoas acima de 50 anos (média de 63 anos de idade) residentes na comunidade (WILKIE et al, 2006). O referido estudo identificou que a restrição na participação aumenta gradativamente com a idade, principalmente em atividades de mobilidade fora de casa, gestão do dinheiro, relacionamento interpessoal e nos cuidados com a casa (WILKIE et al, 2006).

O mesmo autor que foi responsável pela pesquisa supracitada, realizou, no ano seguinte, nova investigação com os mesmos dados do estudo anterior e verificou que a restrição de participação de idosos aumenta com a idade mesmo após o ajuste para fatores de saúde e sociodemográficos, enfatizando a importância dessa variável (WILKIE et al, 2007).

Esse declínio na participação social de idosos também foi relatado por Pohjolainen (1991) em um estudo longitudinal realizado com quatro coortes de idosos, de uma cidade de médio porte da Finlândia, nas idades de 66, 70, 74, 78 e 82 anos, que revela que há uma tendência da participação social diminuir com a idade, sobretudo, a partir de 75 anos de idade e que as relações entre participação social e status socioeconômicos são mais fracas nos grupos de idosos mais jovens.

Em outro estudo longitudinal realizado com 206 idosos (101 homens e 105 mulheres) em Berlim, Bukov, Maas e Lampert (2002) constataram que a participação social é cumulativa e hierarquizada, seguindo de atividades mais simples de participação coletiva, para participação produtiva e, por fim, política, que requer maior conhecimento e competência social. Dentro desta esfera observaram que o nível de participação social diminui com a idade; em idades mais avançadas são raras as oportunidades de participação produtiva e política e, que, pelo menos, um terço dos idosos acima de 90 anos eram socialmente inativos (BUKOV, MAAS, LAMPERT, 2002).

De forma convergente com a literatura, no presente estudo, foi observado diminuição das médias de participação social em subgrupos de idosos mais idosos, com idade acima de 80 anos, quando comparados há idosos mais jovens, com idades entre 60 e 69 anos. Essas diferenças ocorreram nas dimensões *Comunidade* e *Comunicação*, que são formadas por itens dos domínios Vida em Comunidade, Responsabilidades, Cuidados Pessoais, Nutrição, Comunicação, Moradia, Recreação e Condicionamento físico do LIFE-H 3.1-Brasil.

Não foram observadas diferenças de médias em função da idade no *LIFE-H Total* e nas dimensões *Cuidados Pessoais* e *Recreação*. A dimensão *Cuidados Pessoais* foi formada por itens que envolvem, sobretudo, atividades básicas de vida diária realizadas no domicílio, assim, considerando a amostra da presente pesquisa que foi formada por idosos independentes, o baixo nível de complexidade de grande parte dos itens dessa dimensão (ASSUMPCÃO, 2014; ASSUMPCÃO et al, 2015) e a hierarquia da perda de funcionalidade em idosos, no sentido das atividades mais complexas para as mais simples (RAMOS et al, 1993; TORRES et al, 2009; PERRACINI, FLÓ, 2011), justificada a falta de diferença nessa dimensão. Contudo, é difícil compreender a ausência de diferença significativa entre as faixas etárias na dimensão *Recreação*, haja vista que envolve atividades que exigem maior habilidade física e social. Acredita-se que essa questão pode ser explicada pelo grande número de idosos sedentários participantes da

pesquisa, que implicou em alta frequência de respostas “*Não aplicáveis*” (não respostas) desses itens. Assim, sugere-se outros estudos comparativos com diferentes amostras de idosos brasileiros.

Nos estudos desenvolvidos por Desrosiers, Noreau e Rochete (2004) e Desrosiers e colaboradores (2009b), já mencionados anteriormente, também foram observadas diferenças no nível de participação em função da idade. No primeiro estudo (DESROSIERS, NOREAU, ROCHETE, 2004), a comparação do nível de participação social foi realizada considerando 4 grupos de idosos, a saber: 55 a 64 anos; 65 a 74 anos; 75 a 84 anos e acima de 85 anos. Os autores não verificaram diferenças no nível de participação entre os idosos mais jovens (55 a 64 anos vs 65 a 74 anos), porém foi constatada diferença significativa nas médias entre os dois grupos mais jovens e a faixa etária de 75 a 84 anos de idade em todas os domínios do LIFE-H, exceto Condicionamento físico, Responsabilidades, Comunicação e Relacionamento Interpessoal. Esse mesmo comportamento se manteve na comparação entre os três grupos mais jovens e a faixa etária acima de 80 anos de idade, diferindo apenas na *Comunicação* que, nesse caso, também apresentou diferença significativa (DESROSIERS, NOREAU, ROCHETE, 2004).

Resultados semelhantes foram verificados no segundo estudo (DESROSIERS et al, 2009b), onde os autores identificaram pior nível de participação social de idosos muito idosos quando comparados a idosos jovens nos domínios Cuidados Pessoais, Comunicação, Moradia, Mobilidade, Vida em Comunidade e Recreação; não foram identificadas diferenças nos domínios Nutrição, Condicionamento físico, Responsabilidades e Relacionamento Interpessoal.

É importante destacar que o domínio Nutrição do LIFE-H 3.1 envolve atividades básicas realizadas cotidianamente (NOREU et al, 2004) e o domínio Responsabilidades, além de envolver duas questões específicas sobre a educação e cuidados dos filhos que normalmente não são aplicáveis para a população idosa, envolve outros itens de responsabilidade pessoal que podem não sofrer diferenças entre grupos de idosos sem deficiências (DESROSIERS et al, 2009b).

Entretanto, chama a atenção a falta de diferenças significativas nos domínios Condicionamento físico e Relacionamento Interpessoal, em função da idade, verificadas nos estudos de Desrosiers, Noreau e Rochete (2004) e Desrosiers e colaboradores (2009b). Essa questão não é aprofundada na discussão dos autores, mas a opção de análise por domínios e a ausência de verificação da consistência interna pode ter implicado na indagação e fragilidade

desses resultados, uma vez que o domínio Condicionamento físico é muito amplo, inclui diversas atividades para manter a capacidade física e bem-estar psicológico, o que pode interferir na consistência e confiabilidade deste domínio, como verificado por Noreau e colaboradores (2004), Lemmens e colaboradores (2007) e Assumpção (2014) em idosos, sobretudo, com deficiências. E, o domínio Relacionamento Interpessoal, além da falta de variabilidade (NOREAU et al, 2004; LEMMENS et al, 2007; ASSUMPÇÃO, 2014), podendo não ser sensível a pequenas diferenças encontradas em subgrupos de idosos independentes, apresentou baixa confiabilidade teste-reteste (LEMMENS et al, 2007) em um estudo desenvolvido com idosos com e sem limitações funcionais.

Apesar do estudo desenvolvido por Lemmens e colaboradores (2007) sobre a confiabilidade teste-reteste do instrumento LIFE-H não ter sido realizado apenas com idosos independentes, associado ao fato de não ter encontrado na literatura dados sobre a consistência interna dos domínios e subgrupos do LIFE-H 3.1 para a população idosa sem deficiência, acredita-se que a opção de análise realizada no presente estudo foi bem-sucedida, na medida que se preocupou em avaliar a fiabilidade de cada dimensão previamente.

Retomando a discussão dos resultados do estudo comparativo, em relação ao estado civil, na presente pesquisa foi constatado que idosos casados e não viúvos (casados, solteiros e divorciados) possuem maior nível de participação do que idosos não casados (solteiros, divorciados e viúvos) e viúvos nas dimensões *Comunidade e Recreação* e no *LIFE-H Total*. Resultados equivalentes foram divulgados por Bukov, Maas e Lampert (2002) e Wilkie e colaboradores (2007).

Bukov, Maas e Lampert (2002), após uma pesquisa realizada com pessoas acima de 70 anos em Berlim (Alemanha), destacaram que idosos com companheiro apresentam maior participação social global do que idosos sem companheiro e Wilkie e colaboradores (2007), em um estudo realizado com pessoas acima de 50 anos de idade no Reino Unido, verificaram associação entre ser viúvo e maior nível de restrição social.

Desrosiers e colaboradores (2009b), também observaram variação na participação social em função do estado civil, apontando que idosos casados possuem maior nível de participação no domínio Relacionamentos Intepessoais e menor nível em Cuidados pessoais, Nutrição, Moradia e Responsabilidades, uma vez que a realização de atividades ou função desses

domínios podem estar sendo exercidas pelo cônjuge, sem que isso traga prejuízo para a vida do idoso.

Entretanto, resultado divergente e complementar foi reportado por Utz e colaboradores (2002) em um estudo longitudinal que teve como objetivo avaliar o impacto da viuvez sobre a participação social de idosos acima de 65 anos. No referido estudo, que foi desenvolvido com 210 viúvos e 87 não viúvos norte-americanos, foi verificado que ao longo de 6 meses os idosos não viúvos apresentaram declínio no nível de participação social formal (comparecimento em reuniões, trabalho voluntário e participação religiosa) e, sobretudo, informal (encontro ou contato telefônico com amigos ou parentes) enquanto que idosos viúvos mantiveram o mesmo nível de participação (UTZ et al, 2002). Os autores concluíram que essa questão está relacionada ao apoio oferecido por familiares e amigos aos idosos imediatamente após a viuvez e a manutenção do engajamento dos idosos viúvos em atividades de participação formal que, de alguma forma, podem colaborar com a superação da perda do cônjuge (UTZ et al, 2002).

Adicionalmente, é importante considerar que, por vezes, a viuvez pode assumir um papel de autonomia e liberdade, principalmente para as mulheres idosas (DEBERT, 1999), que durante a sua vida adulta foram tolhidas de certas atividades pela própria sociedade ou por imposição por parte de seu cônjuge. Assim, percebe-se que o processo de viuvez é complexo, pois envolve fatores psicológicos, familiares e socioeconômicos que devem ser considerados (UTZ et al, 2002).

A continuidade de estudos focalizando a população de idosos viúvos deve fornecer maiores elementos para a compreensão e o desenvolvimento de ações nesta situação de vida, visto que ainda são escassos os programas e serviços de atenção à saúde e assistência social à esse grupo (SUZUKI, BENTO-SILVA, FALCÃO, 2012). Ainda que seja clara a necessidade de novas investigações, os resultados do presente estudo, somados a literatura (UTZ et al, 2002; WILKIE et al, 2007), fornecem justificativas para o cuidado específico à idosos viúvos, considerando evidentemente as ambivalência de gênero (GALICIONI, LOPES, RABELO, 2012), como por exemplo o monitoramento desses idosos pela ESF, grupos de atividades com o intuito de ampliar a rede de suporte informal, ressignificação da vida e estímulo à realização de atividades físicas e de lazer, além da valorização da espiritualidade como estratégia de enfrentamento ao luto.

Em relação a escolaridade, no presente estudo, foi verificada diferenças no *LIFE-H Total* e nas dimensões *Comunidade* e *Comunicação*, a favor de idosos com maior escolaridade (acima de 8 anos de estudo) em relação a idosos com menor escolaridade (de 0 a 3 anos de estudo). As dimensões *Comunidade* e *Comunicação*, que apresenta alta correlação ($r > 0,80$) com o *LIFE-H Total*, são formados por itens que exigem certa instrução formal, como planejar e cumprir obrigações financeiras, comunicar-se por escrito, usar cartões bancários e caixas eletrônicos, ler e compreender uma informação por escrito, o que pode ter contribuído para este resultado.

No que se refere a renda, as diferenças foram observadas entre idosos com renda de 1 a 3 salários mínimos e idosos com renda acima de 3 salários mínimos, a favor desse grupo, tanto no *LIFE-H Total* quanto na dimensão *Comunicação*. Entretanto, é importante lembrar que a renda, neste estudo, apresentou correlação de moderada magnitude com a escolaridade.

Em uma pesquisa nacional, desenvolvido na mesma cidade do presente estudo, os autores apontaram que maiores índices de escolaridade e de renda estão relacionados com o engajamento em papéis ocupacionais durante a vida adulta e velhice (REBELLATO et al, 2015). Nessa mesma direção, estudo desenvolvido por Wilkie e colaboradores (2007) verificou associação entre restrição de participação social e características socioeconômicas, como a escolaridade e renda, mesmo após o ajuste considerando a idade e gênero e considerando a condição de saúde e incapacidades.

Em estudo que utilizou o LIFE-H 3.1 para avaliar a participação social de idosos sem deficiências, como no presente estudo, revelou-se que a escolaridade estava associada com maior pontuação nos domínios Moradia e Responsabilidades e também no escore total do subgrupo Papéis sociais do instrumento (DESROSIERS et al, 2009b). Apesar dos autores do estudo supracitado não terem verificado associação entre a participação social e a variável renda familiar, verificaram associação entre o domínio Recreação e a satisfação com o ambiente de vida (DESROSIERS et al, 2009b).

Ainda que poucas pesquisas tenham sido dedicadas exclusivamente à investigação da relação entre a participação social e os fatores ambientais, sobretudo da satisfação com o bairro e de seus recursos disponíveis, há indicações que essas variáveis podem influenciar na atividade social (RICHARD et al, 2008), capacidade funcional, qualidade de vida e longevidade de idosos (ILC-BRASIL, 2015).

No atual estudo, foi observado que idosos que moram em regiões com melhor infraestrutura e condição socioeconômica apresentaram médias de participação social mais elevadas no *LIFE-H Total* e em todas as suas dimensões. No que tange a satisfação com o local onde mora, foi observado que idosos mais ou menos satisfeitos apresentaram menor pontuação na dimensão *Cuidados Pessoais*, que é formada, sobretudo, por itens de autocuidado. Uma possível razão para esse achado pode ser a correlação negativa entre satisfação com o bairro e provável presença de depressão ($r = - 0,24$, $p = 0,01$) encontrada no presente estudo, haja vista que idosos com depressão, devido ao seu rebaixamento de humor, além de negligenciar atividades de autocuidado (ALVARENGA, OLIVEIRA, FACCENDA, 2012), podem julgar negativamente o ambiente em que vivem.

Ademais, é importante destacar que em um estudo qualitativo, realizado com 40 australianos residentes em diferentes bairros da capital do país, foi possível identificar que as pessoas que tinham uma imagem mais positiva de seu ambiente, viviam em áreas com maior sensação de segurança e com infraestrutura de lojas, parques, clubes e campos, por exemplo. Ou seja, que moravam em ambientes urbanos que ofereciam oportunidades de convívio social, relatavam maior participação social (BAUM, PALMER, 2002).

Em outro importante estudo realizado, exclusivamente com idosos ($n = 282$; média de idade de 71,5 anos) integrantes de organizações comunitárias de bairros de baixa, média e alta renda de Montreal (Canadá), foram observados níveis significativamente elevados de participação social em idosos que estavam mais satisfeitos com a sua habitação, expressavam sentimento de pertença à sua vizinhança e que julgavam o seu ambiente comunitário adequado ao estilo de vida da população idosa (RICHARD et al, 2008). Nesse mesmo sentido, Bowling e colaboradores (2006) identificaram que a percepção positiva do bairro estava relacionado com melhor funcionamento físico, ou seja, com melhor capacidade para realizar atividades diárias.

Os resultados do estudo de Bowling e Stafford (2007), que foi realizado com 761 britânicos residentes na comunidade, acima de 65 anos, também são convergentes com os achados da presente pesquisa, na medida em que demonstraram que as atividades sociais são significativamente mais limitadas em idosos que moram em áreas com menor condição econômica e pior infraestrutura e também em idosos com percepção negativa de sua vizinhança.

Nessa mesma direção, o estudo transversal de Levasseur e colaboradores (2011), que foi realizado com 554 idosos (296 mulheres e 258 homens) com e sem incapacidades, residentes

na comunidade da região metropolitana de Montreal (Canadá), verificou associação entre proximidade percebida de recursos do bairro e participação social de homens e mulheres idosas. Levasseur, Desrosiers e Whiteneck (2010) também verificaram associação entre o nível de participação social e fatores ambientais (facilitadores e barreiras).

Considerando os resultados do presente estudo, no que se refere especificamente a satisfação com o local onde mora e região da cidade, associados com as evidências dos estudos supracitados, destaca-se a importância de se investir em maior segurança, ampliar os espaços de convivência e de recreação, oferecer ambientes agradáveis e acessíveis e instalações fisicamente próximas à população idosa, visando otimizar a sua participação social e, conseqüentemente, oportunidades de envelhecimento ativo. As oportunidades e ações de cuidado relativas ao território¹⁸ tem sido preconizadas pelas políticas públicas de saúde (BRASIL, 1997; BRASIL, 2014), porém, podem ser reforçadas com os resultados aqui apresentados.

Por fim, ainda em relação aos resultados da análise comparativa do *LIHE-H Total* e suas dimensões com as regiões da cidade, vale salientar que Desrosiers e colaboradores (2004) apontaram que o LIFE-H é eficiente para discriminar a participação social de idosos residentes em diferentes ambientes, como demonstrado neste estudo.

Em relação a situação ocupacional, foi possível observar que os idosos que continuavam inseridos no mercado de trabalho tiveram uma maior média de participação nas dimensões *Comunidade* e *Comunicação*, que são constituídas, principalmente, por itens que envolvem atividades comunitárias e de contato social, o que corrobora em parte com os resultados dos estudos desenvolvido por Pohjolainen (1991) e Rebellato e colaboradores (2015). Pohjolainen (1991) descreveu que durante os primeiros anos de aposentadoria, tanto homens quanto mulheres, diminuem seus contatos sociais informais, como por exemplo, participar de reuniões com amigos. Já Rebellato e colaboradores (2015) verificaram que idosos ativos profissionalmente estão mais envolvidos em papéis ocupacionais no presente e também pretendem assumir mais papéis no futuro quando comparados aos idosos inativos.

Acredita-se que idosos que continuam exercendo uma atividade profissional, pela própria circunstância, são, provavelmente, mais estimulados e necessitam fazer uso com maior frequência de certas habilidades, favorecendo a manutenção de suas condições físicas, cognitivas

¹⁸ Espaço histórico, lugar de vivências cotidianas e de reivindicações políticas, onde as pessoas se apropriam de valores sociais e constroem sua identidade e lutam por questões políticas (MORAES, CANOAS, 2013).

e sociais (ILC-BRASIL, 2015). Vale lembrar que na presente pesquisa foi encontrada relação entre capacidade cognitiva e situação ocupacional, o que está de acordo com a literatura (SALGREN, 2013).

Com o processo de envelhecimento populacional, maior longevidade e crise do sistema previdenciário, a participação de idosos no mercado de trabalho tende a aumentar (ILC-BRASIL, 2015). No Brasil, apesar do trabalho ser um elemento essencial de participação ao longo da vida, fonte de segurança econômica, oportunidade de aprendizado, saúde e estabilidade social, assim como em outros países de baixa renda, a permanência do idoso no mercado de trabalho corresponde uma necessidade devido a falta de seguridade social (ILC-BRASIL, 2015).

Considerando esses aspectos, é importante garantir ao idoso o direito de parar de trabalhar com o apoio de uma aposentadoria adequada às suas necessidades ou o direito de continuar trabalhando (ILC-BRASIL, 2015), caso tenha interesse e condições de saúde para tal, independentemente de sua situação financeira. Nesse último caso, os empregos devem oferecer condições de trabalho e remuneração adequada, haja vista que muitos idosos, sobretudo as mulheres possuem empregos de baixa qualidade e remuneração, com pouca segurança física e sem garantias empregatícias (REBELLATO, 2012; ILC-BRASIL, 2015).

Ainda sobre a situação ocupacional, Golinowska e colaboradores (2016), que desenvolveram uma pesquisa com 57.391 europeus acima de 50 anos de idade, asseguram que adultos maduros e idosos ativos profissionalmente possuem maior envolvimento em atividades de educação formal e, essas atividades, dentre outros aspectos, oferecem oportunidades de integração social e, conseqüentemente, promoção do envelhecimento ativo.

Atualmente, a aprendizagem ao longo da vida é considerada como um pilar de sustentação para as oportunidades de saúde, segurança e participação durante o processo de envelhecimento (ILC-BRASIL, 2015). Sendo assim, acredita-se que, apesar dos dados dos domínios Educação e Emprego do LIFE-H 3.1-Brasil, não terem sido utilizados na presente pesquisa pela falta de respostas, em futuros estudos, o uso de seus itens pode ser relevante até mesmo para verificar as dificuldades e satisfação dos idosos frente a essas questões.

Seguindo com a discussão do estudo comparativo entre as variáveis independentes e a participação social, não foram verificadas diferenças entre os subgrupos das variáveis possuir filhos e número de filhos, contudo foi constatada diferenças entre possuir netos e as dimensões *Comunidade, Recreação e LIFE-H Total*, a favor de idosos sem netos.

No que se refere aos filhos, é importante destacar que a amostra da presente pesquisa foi formada por idosos independentes e, portanto, ainda não necessitam dispor do suporte e cuidado de seus filhos. Ademais, acredita-se que a suposição de associação entre maior número de filhos e oportunidade para realização de atividades familiares e sociais nem sempre é verdadeira, haja vista que um número maior de filhos não eleva necessariamente a percepção de suporte social pelos idosos, sendo necessário ponderar a quantidade e qualidade das interações intrafamiliares, conforme afirma Inouye e colaboradores (2010), além das condições socioeconômicas de pais e filhos (BRAZ, 2013). Sobre essa temática sugere-se a realização de estudos posteriores com a participação de idosos de diferentes graus de funcionalidade e de condições socioeconômicas e de saúde.

Já em relação aos netos, devido, sobretudo, a maior participação das mulheres no mercado de trabalho, os idosos tem assumido com frequência o cuidado dos mesmos (BAKER, SILVERSTEIN, PUTNEY, 2009; SCHIMIDT et al, 2016), tendo um papel fundamental no processo de educação, convivência, trocas de afeto, de experiências e de valores (AGUIAR, 2007; HERÉDIA; CASARA; CORTELLETTI, 2007; LUCHESI, 2011; WEISBROT, GIRAUDO, 2012; NERI, VIEIRA, 2013; YAMASHIRO, 2013). Essa relação traz benefícios para ambos (LUCHESI, 2011), porém consome tempo e energia, impedindo ou dificultando a participação do idosos em outras funções dentro e fora da família (BAKER, SILVERSTEIN, PUTNEY, 2009; WEISBROT, GIRAUDO, 2012), como foi verificado no presente estudo.

Quanto ao arranjo familiar, não foram verificadas diferenças nas médias do *LIFE-H Total* e de suas dimensões ao comparar idosos que moram sozinhos e que moram acompanhados, apesar da literatura, de modo geral, reconhecer que idosos que moram acompanhados possuem maior participação social em atividades diárias e papéis sociais do que idosos que moram sozinhos (DEMERS et al, 2009) e, que a falta de companhia é, geralmente, relatada como um dos principais motivos para a ausência de envolvimento em atividades sociais (DOLL, 2007).

Um estudo realizado na mesma cidade da presente pesquisa também identificou que idosos que moram sozinhos desempenham menos papéis ocupacionais do que idosos que moram acompanhados (REBELLATO, 2012; REBELLATO et al, 2015). Em contrapartida, acredita-se que morar sozinho não significa por si só um problema, uma vez que pode ser indício de independência, boas condições de vida, possibilidade de interação com outras pessoas e de

liberdade (ANDERSON et al., 1998; ROSA et al., 2003; CAMARGOS; RODRIGUES, 2008; ARANTES et al., 2010).

Nesta perspectiva, o estudo desenvolvido por Ponce, Rosas e Lorca (2014), identificou que os idosos que possuíam maior participação social (atividades religiosas, voluntariado, grupo e associações comunitárias, atividades recreativas, artísticas, culturais ou grupo de apoio) moravam com outros membros que também estavam envolvidos em atividades sociais, seguida por idosos que moravam sozinhos e, por último, idosos que moravam com outros membros que não estavam envolvidos em atividades sociais, indicando que o tipo de participação de uma pessoa tende a coincidir com os dos outros membros da família por uma questão de manutenção, organização e transferência social.

Considerando esses apontamentos, associado a desproporção no número de idosos que moram sozinhos e que moram acompanhados na presente pesquisa, além da necessidade de maior caracterização da composição familiar, sugere-se mais estudos sobre a comparação e relação entre a participação social e o arranjo familiar.

Além disso, é importante considerar que a proximidade física entre o idoso e sua família nem sempre está relacionada com sensação de pertencimento, relação de intimidade e laços afetivos (INOUYE et al, 2010). Em muitos casos, a convivência, a depender de fatores como as divergências de idéias e valores, comuns de acontecer em arranjos domésticos multigeracionais, pode ocorrer de forma turbulenta deteriorando a qualidade do relacionamento familiar (LEITE et al, 2008).

Na pesquisa atual, idosos com percepção positiva de solidariedade intergeracional em relação aos filhos apresentaram maior participação social no *LIFE-H Total* e nas dimensões *Cuidados Pessoais, Comunidade, Recreação e Comunicação*. É importante lembrar que, neste estudo, a solidariedade intergeracional esteve correlacionada negativamente com número de doenças e depressão, questões que também influenciam na participação social de idosos, como será discutido mais adiante (ABU-RAYYA, 2006; WILKIE et al, 2007; CHIAO, WENG, BOTTICELLO, 2011; BUKOV, MAAS, LAMPERT, 2002; DESROSIERS et al, 2009b; SCHWARZBACH et al, 2013).

De modo geral, as pesquisas e ações envolvendo a solidariedade intergeracional familiar e não familiar, tem se expandido mundialmente nos últimos anos (BRAZ, 2013). Na Europa foi declarado, em 2012, o “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade

entre Gerações”, visando, sobretudo, aumentar a conscientização sobre a contribuição dos idosos à sociedade¹⁹, que certamente impulsionou ainda mais as medidas e pesquisas nessa área.

À despeito disso, as pesquisas sobre Solidariedade Intergeracional envolvendo a população idosa no Brasil ainda foram pouco exploradas (BRAZ, 2013). São ainda mais escassos os estudos que se referem a solidariedade entre idosos e seus filhos com foco na participação social de idosos, tanto no âmbito nacional quanto internacional. Em recente pesquisa²⁰, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram localizados apenas dois estudos que, de forma indireta, abordaram essa temática.

O primeiro estudo realizado por Ponce, Rosas e Lorca (2014), já citado anteriormente, foi realizado a partir de uma amostra probabilística que contou com 31.428 idosos chilenos e identificou que o capital social²¹ da família é um dos principais determinantes da participação social de idosos. Já o estudo de Hsu e Chang (2015), que tiveram como objetivo principal identificar associação entre conexões sociais e felicidade, realizado com 4.732 idosos de Taiwan, afirmam que a qualidade das relações sociais vividas e a participação social são fundamentais para a felicidade do idoso.

Além desses dois estudos, os dados de uma pesquisa longitudinal realizada nos Estados Unidos com pessoas acima de 50 anos, demonstraram que percepções positivas de relacionamento social foram associados a um maior envolvimento em atividades de lazer e, esse por sua vez, esteve associado a melhor condição de saúde na velhice (CHANG, WRAY, LIN, 2014). Ademais, os autores do referido estudo, destacaram que as atividades de lazer mediam a relação entre relações sociais (nível de apoio e tensão com parceiro, outros membros da família, crianças e amigos) e saúde (CHANG, WRAY, LIN, 2014).

Considerando a reduzida literatura disponível sobre a relação paterno-filial, a maior longevidade humana e os resultados do presente estudo que revelaram que a solidariedade intergeracional está relacionada com a participação social de idosos, sugere-se a realização de futuras pesquisas que envolvam especificamente o interesse em compreender não apenas a solidariedade entre pais idosos e seus filhos, mas também a sua influência sobre a vida de ambos, visto que o suporte familiar, no geral, está relacionado com maior habilidade social (INOUYE et

¹⁹ Disponível em: <http://ec.europa.eu/archives/ey2012/ey2012main9ef0.html> [acesso em 03 de setembro de 2016].

²⁰ Pesquisa realizada na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, no dia 20/09/2016, com as seguintes expressões de busca: 1) "Participação social" AND "Relações Familiares" AND "Idoso" e "Participação social" AND "Relação entre gerações" AND "Idoso" e 3) "Participação social" AND "Relações Pais-Filhos" AND "Idoso".

²¹ Capital social refere-se às conexões entre os indivíduos (PONCE, ROSAS, LORCA, 2014).

al, 2010; BRAZ, 2013), trocas recíprocas de afeto (BRAZ, 2013), conseqüentemente, menor sobrecarga do cuidador (COIMBRA, RIBEIRO, FONTAINE, 2013), maior bem estar psicológico (NERI, 2001; NERI, 2005), melhores condições de saúde (BRAZ, 2013; ILC-BRASIL, 2015), felicidade (HSU, CHANG, 2015) e participação social (PONCE, ROSAS E LORCA, 2014).

Quanto a presença e quantidade de doenças, no atual estudo, foi verificada diferenças nas médias de participação social em todas as dimensões avaliadas do LIFE-H, com prejuízo para os idosos que referiram possuir doenças e comorbidades, o que está de acordo com a literatura (ADAMSON, LAWLOR, EBRAHIM, 2004; WILKIE, 2007; DESROSIERS et al, 2009b; GALENKAMP, DEEG, 2016).

O estudo de Adamson, Lawlor, Ebrahim (2004), que foi realizado com 4.286 mulheres britânicas de 60 a 79 anos de idade, identificou diminuição na participação social com o aumento do número de doenças crônicas. De forma congruente e complementar, pelos resultados do estudo realizado por Desrosiers e colaboradores (2009b) foi possível constatar que determinados problemas de saúde estavam associados com menor participação social, como problemas cardíacos, problemas respiratórios e diabetes. No referido estudo (DESROSIERS et al, 2009b), a presença de problemas cardíacos esteve associada com diminuição do escore do subgrupo Atividades diárias do LIFE-H 3.1, além dos domínios Nutrição, Condicionamento físico, Cuidados pessoais, Comunicação e Responsabilidades. Já a presença de problemas respiratórios e cardíacos estiveram associados com menor participação nos domínios Moradia e Responsabilidades, respectivamente.

Wilkie e colaboradores (2007), além de terem identificado maior restrição de participação em idosos com determinados problemas de saúde e deficiências (como diabetes, hipertensão, depressão, comprometimento cognitivo, problemas cardíacos e de tórax, surdez, deficiência visual e tontura), também verificaram que idosos sem doenças apresentavam maior participação social do que idosos com uma ou mais doenças. Provavelmente, os idosos com comorbidades, além das restrições físicas impostas pelas doenças, que podem dificultar a realização de hábitos de vida dentro e fora de casa, e pelas barreiras ambientais, selecionam as atividades em que irão se engajar com maior ponderação, participando do que realmente é significativo para eles.

Outros estudos também verificaram a relação entre comorbidades e menor participação de idosos em atividades de lazer (BUKOV, MAAS, LAMPERT, 2002; GALENKAMP et al, 2016a), atividades de educação formal, trabalho remunerado (BOWLING, 1995; GALENKAMP et al, 2016b), voluntariado (BUKOV, MAAS, LAMPERT, 2002; PRINCIPI et al, 2016) atividades domésticas e de relacionamento familiar (ADAMSON, LAWLOR, EBRAHIM, 2004). Por outro lado, os níveis de participação em algumas atividades, como participação religiosa e de cuidador informal, parece ser bastante semelhantes entre idosos com e sem morbidades, portanto mais estudos são sugeridos (SOWA et al, 2016; SCHMIDT et al, 2016).

Neste estudo, a percepção positiva de saúde também esteve associada com níveis mais elevados de participação social, o que vem ao encontro, quer com os resultados anteriores, quer com os achados de Desrosiers e colaboradores (2009b), que verificaram associação entre autopercepção de saúde e melhor nível de participação nos domínios Condicionamento físico e Recreação do LIFE-H 3.1.

No presente estudo, foi verificado ainda que idosos com provável presença de sintomatologia depressiva e pior capacidade cognitiva, apresentaram menores médias de participação social, como foi verificado no estudo de Wilkie e colaboradores (2007).

Sobre a temática da depressão, há evidências que, além da participação social de idosos possuir efeito protetivo para a depressão, esse transtorno está negativamente correlacionado com o envolvimento social, tanto de homens quanto de mulheres (ABU-RAYYA, 2006).

Em consonância com esses resultados, Chiao, Weng e Botticello (2011), após a realização de uma pesquisa longitudinal com 1.388 idosos de Taiwan, concluíram que a participação contínua ou até mesmo o início do engajamento em atividades sociais diminuem a presença de sintomatologia depressiva em idosos. Wilkie e colaboradores (2007) contribuem com essa discussão, na medida em que afirmam que os idosos sem depressão, com possível depressão e com provável depressão apresentam diferentes níveis de restrição de participação, tendo maior restrição os idosos com provável depressão, seguido pelos idosos com possível depressão.

No que se refere a capacidade cognitiva, Hsu (2007) reconhece que a participação social pode atuar como um mecanismo de proteção da função cognitiva de idosos, sobretudo as

atividades de trabalho não remunerado para as mulheres (cuidar de crianças, tarefas domésticas e manutenção do lar) e participação em grupos políticos para os homens.

Ainda sobre esse assunto, Wilkie e colaboradores (2007) e Bielak e colaboradores (2012) também revelaram que idosos residentes na comunidade com pior capacidade cognitiva possuem menor participação social. Acredita-se que essa diminuição da participação pode ocorrer devido à vários fatores, como superproteção dos filhos, isolamento do idoso por medo de expor as suas dificuldades aos outros, dificuldades de interação social, falta de interesse e de habilidades em lidar com novas informações e circunstâncias exigidas em atividades domésticas e sociais mais complexas.

Considerando essas evidências, acredita-se que uma maior participação social em atividades domésticas, sociais e produtivas, de uma forma geral, levando em conta os interesses dos idosos, pode potencialmente ser benéfica para prevenir ou retardar declínio cognitivo (HSU, 2007; HUGHES et al, 2013); e, adicionalmente, menor participação social pode ser um marcador de declínio cognitivo eminente (HUGHES et al, 2013). Assim, destaca-se a importância de se considerar a participação social do idoso e a sua real dimensão em ações de políticas públicas nos diferentes níveis de atenção à saúde, sobretudo ordenadas pela Atenção Básica e articuladas com outras modalidades de atenção presentes no território, com foco na prevenção, promoção e reabilitação da saúde de idosos com e sem deficiências ou problemas crônicos.

No que se refere a participação social de pessoas com problemas de saúde, sob a perspectiva da promoção do envelhecimento ativo, Galenkamp e Deeg (2016), em um editorial publicado recentemente, reforçam a importância do desenvolvimento de mais pesquisas a fim de orientar ações específicas visando o bem-estar dessa população.

De forma complementar, considerando a importância de ações de prevenção e a orientação de otimização de oportunidades de saúde, segurança, aprendizado contínuo e participação social ao longo da vida (OMS, 2005; ILC-BRASIL, 2015), acredita-se que a realização de pesquisas sobre a participação social de idosos independentes e saudáveis são tão necessárias quanto de idosos dependentes e com doenças específicas.

Apesar da urgência de mais estudos internacionais e nacionais sobre a relação entre participação social e condição de saúde de idosos com diferentes características, os resultados da presente pesquisa, de modo geral, evidencia a importância de se ampliar propostas que estimulem a participação social dos indivíduos como forma de prevenir doenças e agravos à saúde e vice-

versa, por meio de intervenções humanizadas, no território, de qualidade e articuladas, considerando as particularidades individuais e as condições do ambiente físico e sociocultural onde o idoso ou grupo de idosos está inserido.

Ainda dentre as variáveis de saúde, na presente pesquisa, foi constatado que os idosos que referiram praticar atividades físicas apresentaram maior participação social em todas as dimensões, o que corrobora com as evidências da literatura (FREITAS et al, 2002b; RICHARD et al, 2008; DESROSIERS et al, 2009b).

Desrosiers e colaboradores (2009b) verificaram que a percepção do nível de atividade (sedentário, inativo ocasionalmente, ativo e muito ativo) está associado com maior nível de participação social, a favor de idosos mais ativos. É importante ressaltar que o instrumento LIFE-H, utilizado tanto na presente pesquisa quanto no estudo desenvolvido por Desrosiers e colaboradores (2009b), dispõe de questões específicas, principalmente nos domínios Condicionamento físico, Mobilidade e Recreação, sobre a prática de atividades físicas recreativas ou para manter ou melhorar a sua saúde, o que pode ter contribuído com os resultados expostos acima.

Em outro estudo que avaliou a participação social por meio de outros instrumentos, Richard e colaboradores (2008) verificaram que idosos que realizam caminhadas quase que diariamente em seu bairro apresentam maior nível de participação social global do que idosos que não realizam essa atividade com frequência. Esses revelam a importância de ações que estimulem a prática de atividades físicas regulares. Para tal, acredita-se que oferecer estrutura física, apesar de fundamental, não seja o suficiente, há a necessidade de mudança de cultura sobre a importância de prática de atividades físicas desde a idade mais jovem e a possibilidade de dispor de profissionais qualificados para orientação e monitoramento dessas práticas.

Quanto a qualidade de vida, no presente estudo foi observado que os idosos que referiram baixa qualidade de vida, apresentaram menores níveis de participação social. Sobre esse tema, o estudo transversal realizado por Levasseur, Desrosiers, Noreau (2004), com 46 idosos de diferentes graus de funcionalidade residentes na comunidade, demonstrou que existe correlação, sobretudo de moderada magnitude, entre qualidade de vida e participação social. No referido estudo, os domínios que mais estiveram associados com as categorias de qualidade de vida (Saúde e funcionamento, Socioeconômico, Psicológico e espiritual, Familiar e Qualidade de vida total) foram Condicionamento físico, Relacionamentos Interpessoais, Responsabilidades e

Recreação, ou seja, os domínios do subgrupo Papéis sociais estiveram mais associados do que os do subgrupo Atividades diárias.

Levasseur, Desrosiers, Noreau (2004) atribuíram esse fato, maior associação da qualidade de vida com os domínios do subgrupo Papéis sociais do LIFE-H, a hipótese de que as atividades diárias são competências básicas adquiridas ao longo do tempo e podem fornecer menor satisfação do que as atividades de papéis sociais. Por sua vez, as atividades de papéis sociais podem envolver aspirações pessoais e, nesse caso, não é possível que sejam delegadas para terceiros. Dessa forma, a sua realização é altamente valorizada, principalmente por pessoas com deficiências, que se sentem úteis, respeitadas e realizadas, refletindo em sua qualidade de vida (LEVASSEUR, DESROSIERS, NOREAU, 2004; LEVASSEUR, DESROSIERS, WHITENECK, 2010).

Nesse mesmo sentido, Levasseur, Tribble e Desrosiers (2008), que realizaram um estudo qualitativo de análise fenomenológica, com 18 idosos canadenses com deficiências físicas, também verificaram que os idosos valorizavam mais o desempenho em papéis sociais do que em atividades diárias, e, conseqüentemente, citaram os domínios de papéis sociais dentre os fatores que mais influenciam a qualidade de vida na velhice. É importante destacar que, no presente estudo, cada dimensão do LIFE-H 3.1-Brasil utilizada para avaliar a participação social foi composta tanto por itens do subgrupo Atividades diárias quanto do Papéis sociais, o que pode ter conduzido as diferenças entre idosos com baixa e alta percepção de qualidade de vida em todas as dimensões e no *LIFE-H Total*.

Os autores do estudo supracitado (LEVASSEUR, TRIBBLE, DESROSIERS, 2008), que teve como objetivo explorar as percepções e experiências dos idosos sobre a sua qualidade de vida, com foco nos fatores pessoais, participação social e meio ambiente, destacaram ainda que as pessoas com menor qualidade de vida referiram ser menos ativas socialmente e realizavam atividades pouco significativas.

Finalmente, outro estudo transversal realizado no Canadá com 156 idosos com diferentes graus de funcionalidade, também mostrou a existência de associação entre qualidade de vida e o nível de realização de participação social global, além da associação entre qualidade de vida e satisfação com a sua participação social (LEVASSEUR, DESROSIERS, WHITENECK, 2010).

Os três estudos supramencionados, apesar de terem utilizados o LIFE-H para avaliar a participação social, foram realizados no Canadá com idosos de diferentes graus de funcionalidade, o que não corresponde as características da amostra da presente pesquisa. No Brasil, a presente pesquisa foi a primeira a fazer uso do LIFE-H para avaliar a participação social de idosos independentes, assim, ainda não há estudos de comparação e associação entre qualidade de vida e participação social por intermédio desse instrumento.

Contudo, os resultados de um estudo nacional realizado com idosos independentes residentes na comunidade, com características semelhantes aos da amostra da presente pesquisa, evidenciaram associação entre papéis ocupacionais e qualidade de vida, nomeadamente em relação ao desempenho contínuo de papéis ao longo da vida, o ganho de papéis no tempo presente e futuro e o grau de importância atribuído aos papéis ocupacionais (REBELLATO, 2012). Os instrumentos utilizados foram o WHOQOL-bref e WHOQOL-old para avaliarem a qualidade de vida e a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais para avaliar os seguintes papéis: estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviço doméstico, amigo, membro de família, passatempo/amador e participante em organizações (OAKLEY et al, 1986; CORDEIRO, 2005, CORDEIRO et al, 2007). É importante destacar que papéis ocupacionais refere-se a um conjunto de atividades realizadas habitualmente, que compõem a função e posição do indivíduo na sociedade (KIELHOFNER, 2002, 2009). O estudo destaca a importância de se envolver em atividades sociais significativas ao longo da vida, mesmo se for necessário para tal iniciar um novo papel na velhice para manter um envelhecimento ativo com qualidade de vida (REBELLATO, 2012).

Outros estudos internacionais e nacionais, de forma explícita ou implícita, também evidenciaram a relação positiva entre participação social e qualidade de vida na velhice (XAVIER et al., 2003, VECCHIA et al., 2005, PEREIRA et al., 2006; BOWLING et al., 2007, MORAES; WITTER, 2007; RIBEIRO; YASSUDA, 2007; IRIGARAY; SCHEINER, 2008; RAMOS; SOUZA; CALDAS, 2008; DEPS, 2009a; ALVARENGA et al., 2009; IRIGARAY; TRENTINI, 2009; CACHIONI; FALCÃO, 2009; ROLIM; FORTI, 2009; FALLER et al., 2010; PASKULIN et al., 2010; TAMAI et al., 2011; LEE, LEE, PARK, 2014). Essas pesquisas devem contribuir para ações interdisciplinares na área do envelhecimento, seguindo as premissas da Organização Mundial da Saúde, a fim de otimizar oportunidades de aprendizado ao longo da

vida, saúde, segurança e participação social na busca de melhor qualidade de vida (OMS, 2005, ILC-BRASIL, 2015).

Apesar de todas as evidências aqui apresentadas, sugere-se a realização de pesquisas nacionais sobre participação social de idosos com diferentes perfis socioeconômico, capacidade funcional e condições de saúde, haja visto que a participação social, de modo geral, está relacionada, dentre outros fatores, com melhores condições de saúde (LI et al, 2014), menor presença de sintomatologia depressiva (ABU-RAYYA, 2006; CHIAO, WENG, BOTTICELLO, 2011), manutenção da função cognitiva (ZUNZUNEGUI, et al, 2003; LÖVDÉN, GHISLETTA, LINDENBERGER, 2005; HSU, 2007; MCKENNA, BROOME E LIDDLE, 2007; BIELAK et al, 2012; HUGHES et al, 2013), relacionamento social (ZUNZUNEGUI, et al, 2003) e qualidade de vida (LEVASSEUR, DESROSIERS, NOREAU, 2004; LEVASSEUR, TRIBBLE, DESROSIERS, 2008; LEVASSEUR, DESROSIERS, WHITENECK, 2010; REBELLATO, 2012).

Não obstante a necessidade de ampliação de pesquisas na área, os resultados do presente estudo revelam que a participação social do idoso independente está relacionada a diferentes variáveis pessoais e ambientais. Portanto, as atividades de vida diária e de papéis sociais dos idosos não podem ser compreendidas de forma isolada, sem considerar as condições de saúde do idoso, bem como sua capacidade funcional e contexto de vida.

6.3 Preditores da variação da participação social em idosos independentes cadastrados em Estratégias de Saúde da Família.

A atenção à saúde do idoso deve ser baseada nas necessidades individuais e coletivas dessa população, centrada no indivíduo, considerando a sua integração familiar e comunitária, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença (BRASIL, 2014). Para isso, é importante considerar a especificidade e a heterogeneidade dos processos de envelhecimento, além das diferenças de gênero e de outras condições, como o ambiente físico e social, buscando potencializar ações e serviços e, sobretudo, a equidade e resolutividade do cuidado (BRASIL, 2014).

A partir desse novo paradigma, é fundamental que o plano de cuidados envolva a identificação de condicionantes e determinantes do processo de saúde/doença dessa população

(MORAES, 2012; BRASIL, 2014). Nesse sentido, como já destacado neste estudo, pressupõe-se que identificar os preditores da participação social de idosos independentes é essencialmente relevante para o planejamento de ações de prevenção e promoção de saúde, reconhecimento de estratégias educacionais e ampliação de investimentos no território, tanto físico quanto sociocultural.

Neste estudo, objetivou-se identificar os preditores da variação da participação social em idosos independentes cadastrados em Estratégias de Saúde da Família. Para tal foi considerado como variável dependente cada dimensão do LIFE-H 3.1-Brasil extraída da análise fatorial, a saber: *Cuidados Pessoais, Comunidade, Recreação, Comunicação* e, também, o *LIFE-H Total*, formado pelas quatro dimensões anteriores. Como variáveis independentes foram consideradas as condições sociodemográficas, de saúde, solidariedade intergeracional e percepção de qualidade de vida.

Na presente pesquisa, as variáveis regiões da cidade, prática de atividade física, número de doenças, MEEM Total (16 itens), idade, EDG-15, avaliação subjetiva de qualidade de vida e viuvez foram preditoras da participação social global do idoso independente, residente na comunidade, avaliado pelo *LIFE-H Total*. Essas oito variáveis juntas explicaram 65% da variância da variável dependente (critério) para essa amostra específica, indicando que 35% da variância da participação social é explicada por outras variáveis.

As variáveis regiões da cidade, prática de atividade física, MEEM Total (16 itens) e avaliação subjetiva de qualidade de vida predizem positivamente a participação social, enquanto que o número de doenças, a idade, a EDG-15 e a viuvez predizem negativamente. Isto é, por um lado, a participação social global do idoso aumenta na medida em que o mesmo habita em regiões com melhores condições socioeconômicas e de infraestrutura, refere praticar atividades físicas, possui melhor condição cognitiva e percepção positiva de qualidade de vida. Por outro lado, a participação social diminui com o aumento do número de doenças autorreferidas e de sintomas depressivos, idade avançada e presença da viuvez.

A região da cidade foi o melhor preditor da participação social global e é identificada na literatura como uma importante facilitadora ou barreira para o desenvolvimento de atividades sociais (BAUER, PALMER, 2002; BOWLING et al, 2006; BOWLING, STAFFORD, 2007; RICHARD et al, 2008; LEVASSEUR, DESROSIERS, WHITENECK, 2010; LEVASSEUR et al, 2011; AIDA et al, 2013). Felizmente, assim como quase todas as variáveis preditoras da

participação social global, a região da cidade pode ser modificada. Ainda que nem sempre os idosos terão a oportunidade e o interesse de morarem em outra região da cidade, elas podem sofrer melhorias no que concerne a sua segurança e infraestrutura com a ampliação de comércios e a criação de espaços comunitários acessíveis à toda a população.

Vale lembrar que as políticas públicas nacionais e acordos internacionais específicos para a população idosa destacam a necessidade de oferecer segurança física, financeira e social ao idoso; transporte seguro e apropriado; programas comunitários para reduzir os riscos de solidão e isolamento social; implementação de políticas e modalidades de atenção que melhorem a saúde e qualidade de vida do idoso, oferecendo, dentre outros aspectos, mudanças no ambiente e apoio comunitário (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003; BRASIL, 2006; ILC-BRASIL, 2015). Assim, para além das premissas teóricas; mudanças, melhorias e criação de ambientes e serviços comunitários seguros, adequados e estimulantes aos idosos, além de uma necessidade real, devem ser consideradas como um direito. Essas ações justificam-se ainda mais ao se ponderar a orientação de atendimento do idoso, prioritariamente, por sua família, em recursos e serviços da comunidade, em detrimento do atendimento asilar, visando favorecer o bem-estar dos idosos, além de sua participação, ocupação e convívio comunitário (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003; ILC-BRASIL, 2015).

O segundo melhor preditor da participação social global foi a prática da atividade física. Há evidências de que a atividade física contribui, dentre outros aspectos, para a manutenção da funcionalidade (MACIEL, 2010; SILVEIRA, FARO, OLIVEIRA, 2011), desempenho nas atividades básicas e instrumentais de vida diária (BORGES, MOREIRA, 2009), autonomia (SILVEIRA, FARO, OLIVEIRA, 2011; MOREIRA, TEIXEIRA, NOVAES, 2014), promoção da saúde (MAZO et al, 2007; MOREIRA, TEIXEIRA, NOVAES, 2014), manutenção da função cognitiva (ANTUNES et al, 2006; SANTOS, FORONI, CHAVES, 2009; SILVA, SANTOS, 2009; LISTA, SORRENTINO, 2010; ROBITAILLE et al, 2014), qualidade de vida (TOSCANO, OLIVEIRA, 2009) e convívio social (MATSUDO, MATSUDO, BARROS NETO, 2001; NAVARRO et al, 2008; MOREIRA, TEIXEIRA, NOVAES, 2014; ROBITAILLE et al, 2014).

Essas evidências reforçam a importância de se estimular a prática de atividade física ao longo da vida, com foco na manutenção da saúde, qualidade de vida e participação social das pessoas na medida em que envelhecem.

No âmbito da Atenção Básica, desde 2011 quando lançada pelo Ministério da Saúde, ocorre a implementação do Programa Academias de Saúde em todo o país. Esse programa “tem como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de pólos com infraestrutura e profissionais qualificados” (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016). Compreende-se que, ainda que não se tenha claro sobre seu alcance e implementação, esses espaços, por adotar uma concepção ampliada de saúde, considerando o impacto social, econômico e político, configuram-se como oportunidades privilegiadas de convivência, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, além da realização de práticas corporais, atividades físicas e de alimentação saudável (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

Além disso, aponta-se que uma grande vantagem do Programa Academias de Saúde é que o mesmo faz parte da estrutura organizacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e, como parte da Atenção Básica, funciona como porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Não obstante, no município onde o presente estudo foi realizado, até o final da coleta de dados, o referido Programa ainda não havia sido implementado. Em contrapartida, há na cidade diversos espaços públicos com equipamentos de ginástica, contendo placas para orientação dos usuários sobre a sua utilização. Apesar de não existir acompanhamento profissional nesses espaços, a Secretaria de Esportes desenvolve práticas de atividades físicas orientadas para toda população, duas vezes por semana, em cinco instituições da cidade, uma em cada região da cidade, inclusive na Zona Central, que conta com, aproximadamente, 400 participantes ativos, sendo a maioria formada por mulheres idosas.

Além desse programa desenvolvido pela Secretaria de Esportes, idosos independentes, desde 2008, também podem realizar atividade física orientada no Centro de Convivência do município, gerenciado pela Secretaria Municipal de Ação e Inclusão Social com foco no desenvolvimento de atividades de lazer e culturais. O Centro de Convivência, que atualmente fica localizado em uma região afastada da região central da cidade, conta também com, aproximadamente, 400 participantes ativos.

Apesar de não ser destinado à idosos independentes, outra recente conquista da cidade foi a criação, em 2015, do Centro Dia do idoso. Também sob a coordenação e gerência da Secretaria Municipal de Ação e Inclusão Social, o dispositivo que tem capacidade para atender

até 50 idosos semidependentes e dependentes, fica localizado dentro do Centro de Convivência e, oferece em período diurno, serviços de enfermagem, acolhimento, proteção e convivência.

Essas e outras iniciativas, dos setores público e privado, realizadas no município e consideradas pelas políticas públicas nacionais, demonstram a preocupação em oferecer atendimento ampliado e especializado aos idosos.

Entretanto, vale relembrar que a prática de atividade física, no presente estudo, esteve correlacionada com a escolaridade e condição de saúde (número de doenças, número de sintomas depressivos e condição cognitiva), assim, acredita-se que as ações nessa área devem seguir dois caminhos: 1) considerando aspectos sociais e de saúde antecedentes ao momento da velhice, investindo na aprendizagem ao longo da vida, formal e informal, e ações preventivas de saúde na sua concepção mais ampla que inclui o território e; 2) oferecer modalidades esportivas e recreativas que sejam compatíveis não apenas com o interesse, mas também habilidades físicas e cognitivas dos idosos.

Apesar de não ser o foco central da presente pesquisa, acredita-se, também, que estimular a prática de atividade física ao longo da vida, melhores condições de transporte, infraestrutura e segurança nos bairros e, ainda, orientações “in loco” sobre a importância da atividade física e maneiras adequadas e seguras para a sua realização, podem favorecer o envolvimento e permanência de idosos nessas atividades.

Outro aspecto importante a ser considerado é a importância e o desafio da articulação setorial e intersetorial para o planejamento, acompanhamento e avaliação de ações preventivas individuais e, sobretudo, coletivas nas diferentes modalidades de atenção ao idoso, visando diminuir a fragmentação do cuidado, a concorrência entre os serviços, uso inadequado dos recursos, falta de seguimento dos usuários, ampliação da cobertura e efetividade das ações.

Além da região da cidade e prática de atividade física, no presente estudo, as condições de saúde, nesse caso, representadas pelo número de doenças, condição cognitiva e sintomatologia depressiva, também foram identificadas como importantes preditores da participação social global do idoso. Apesar de estudos específicos sobre os fatores preditores da participação social de idosos independentes sejam raros e recentes, na medida em que os estudos de predição envolveram, em sua maioria, a população com deficiência, há indícios de que essas condições de saúde estão relacionadas com participação do idoso (BOWLING, 1995; BUKOV, MAAS, LAMPERT, 2002; ADAMSON, LAWLOR, EBRAHIM, 2004; WILKIE, 2007; HSU,

2007; DESROSIERES et al, 2009b; DEMERS et al, 2009, CHIAO, WENG, BOTTICELLO, 2011; VISCOGLIOSI et al, 2011; BIELAK et al, 2012; GALENKAMP, DEEG, 2016; PRINCIPI et al, 2016; GALENKAMP et al, 2016a; GALENKAMP et al, 2016b) e, os resultados do presente estudo vem ampliar e reforçar nesta direção.

Ademais é importante destacar que comorbidades, incluindo a depressão e o declínio cognitivo, foram consideradas preditores da participação social de idosos com diferentes graus de incapacidades e deficiências (DESROSIERES et al, 2002; BUKOV, MAAS, LAMPERT, 2002; DESROSIERES et al, 2006; DEMERS et al, 2009; PLANTE et al, 2010; HUGHES et al, 2013; GALENKAMP et al, 2016b), instigando ainda mais a necessidade de se considerar a influência de determinantes de saúde não apenas em intervenções preventivas, mas também no processo de reabilitação do idoso, visando o seu retorno, o mais breve possível, em atividades sociais e produtivas.

A percepção subjetiva de qualidade de vida também foi evidenciada como um preditor da participação social global. Considerando a qualidade de vida como um constructo multidimensional (LAWTON, 1983; BOWLING, 1995; FARQUHAR, 1995; THE WHOQOL GROUP, 1995; BOWLING et al., 2002; PASCHOAL, 2002; FLECK, 2008), acredita-se que na medida em que se investe em ações de melhoria no ambiente comunitário do idoso, no aumento da oferta e da qualidade do cuidado em saúde tendo o próprio idoso como o centro das ações, na otimização de oportunidades de convivência social e de atividades produtivas ao longo dos anos, além de melhores condições de vida, é possível simultaneamente melhorar a percepção de qualidade de vida dos idosos e ampliar a sua participação social.

A idade e viuvez também foram preditores da participação social global dos participantes do presente estudo. Há evidências que essas variáveis, sobretudo, a idade, são importantes elementos para a compreensão da participação social de idosos (POHJOLAINEN, 1991; BUKOV, MAAS, LAMPERT, 2002; DESROSIERS et al, 2002; WILKIE et al, 2006; DESROSIERS et al, 2009b). Apesar de ser situações não modificáveis, espera-se que, como já discutido anteriormente, o acompanhamento e propostas de intervenções específicas para pessoas viúvas podem reduzir a solidão e minimizar os efeitos desse evento de vida (GALICIOLI, LOPES, RABELO, 2012; ILC-BRASIL, 2015) e, um estilo de vida saudável, o acesso a serviços de saúde ao longo da vida e criação de ambientes amistosos e acessíveis à idosos, podem influenciar positivamente nas condições de saúde, capacidade funcional e participação social do

idoso, mesmo em idade mais avançada, contribuindo para o envelhecimento ativo (ILC-BRASIL, 2015).

Na dimensão *Cuidados Pessoais* foram identificados cinco preditores: número de doenças, EDG-15, avaliação subjetiva de qualidade de vida, situação habitacional e o MEEM Total, nessa ordem, que explicaram 40% da variância da variável dependente (critério).

Os dois melhores preditores foram o número de doenças e a EDG-15, ambos agiram de forma negativa, ou seja, enquanto aumenta o número de doenças e a presença de possível sintomatologia depressiva diminui a participação social do idoso na dimensão *Cuidados Pessoais*. Os outros preditores estiveram associados positivamente, assim, enquanto aumenta a percepção subjetiva de qualidade de vida, morar em casa própria e apresentar maior função cognitiva também aumenta a participação social do idoso na dimensão *Cuidados Pessoais*.

Esse resultado indica a importância de boas condições de saúde para a manutenção da capacidade funcional do idoso (FRANK et al, 2007; VERAS, 2009; NOGUEIRA et al, 2010; FERREIRA et al, 2012; SANTOS, CUNHA, 2014), compreendida, nesse caso, pela realização habitual de atividades básicas de vida diária, uma vez que a dimensão *Cuidados Pessoais* é formada, sobretudo, por itens dessa natureza.

É importante destacar que a capacidade funcional é considerada um novo paradigma para a prevenção e promoção de saúde do idoso e, o desempenho em atividades de vida diária é utilizado como um dos critérios para definir o nível de funcionalidade do indivíduo (ROSA et al, 2003; DIAS et al, 2014). Portanto, ações de avaliação, promoção, tratamento e reabilitação da capacidade funcional, sobretudo articuladas no nível primário de atenção, pode favorecer a independência, autonomia e qualidade de vida do idoso, otimizando a sua participação em atividades cotidianas de diferentes níveis de complexidade.

Ainda dentro da dimensão *Cuidados Pessoais*, surpreendentemente a situação habitacional foi um preditor da participação social nessa categoria, porém não foram encontrados elementos que poderiam contribuir para a compreensão desse resultado. Apenas, é possível reconhecer a influência da posição socioeconômica na variação da participação social, como também já levantado por outros autores (WILKIE et al, 2007; REBELLATO, HAYASHI, 2014). Dessa forma, sugere-se a realização de futuros estudos que considerem essa variável, a fim de confirmar esse resultado e oferecer informações mais abrangentes de como podemos favorecer o engajamento do idoso em atividades dentro e fora de casa, mesmo em condições de vida adversas.

Na dimensão *Comunidade*, quatro variáveis agiram como preditores: MEEM Total, número de doenças, idade e região da cidade. Essas 4 variáveis, concomitantemente, explicaram 43% da variância da variável dependente (critério). As variáveis MEEM Total e região da cidade agiram positivamente e o número de doenças e idade estiveram associados de forma negativa, ou seja, a participação nessa dimensão aumenta na medida em que o idoso apresenta melhor função cognitiva, mora em regiões com condições mais adequadas de segurança e infraestrutura, possui menor número de doenças e é mais jovem.

A dimensão *Comunidade* envolve, sobretudo, itens de atividades instrumentais de vida diária, que são consideradas mais complexas quando comparadas as atividades básicas de vida diária, uma vez que exigem maiores habilidades físicas e cognitivas para o seu desenvolvimento (NYGARD, 2003; MELLO, MANCINI, 2007; SANTOS, VIRTUOSO JÚNIOR, 2008; ANDRADE, NOVELLI, 2015). Assim, idosos com maior número de doenças, pior condição cognitiva e com idade mais avançada podem apresentar maior restrição no desempenho dessas atividades (ADAMSON, LAWLOR, EBRAHIM, 2004; DESROSIERS et al, 2004; WILKIE et al, 2007; DEMERS et al, 2009; DESROSIERS et al, 2009b; BIELAK et al, 2012; GALENKAMP, DEEG, 2016).

A idade também foi identificada como um preditor negativo da participação social no estudo desenvolvido por Richard e colaboradores (2008), com 282 pessoas acima de 58 anos (média de 71,5 anos de idade) com diferentes condições funcionais e financeiras residentes em Montreal (Canadá). Com a exceção da idade, todos os outros preditores da dimensão *Comunidade* podem ser modificados de forma positiva, inclusive a região da cidade, como discutido anteriormente, portanto, merecem atenção especial no processo de otimização de oportunidades na área de saúde, educação e assistência social à esta população.

Quanto a dimensão *Recreação*, as variáveis prática de atividade física, região da cidade e a avaliação subjetiva de qualidade de vida agiram positivamente como preditores e explicaram 61% da variância da variável dependente (critério).

A prática de atividade física foi o melhor preditor da participação social referente a dimensão *Recreação*. A importância da atividade física para a saúde, qualidade de vida e participação social do idoso é inegável (MATSUDO, MATSUDO, BARROS NETO, 2001; ANTUNES et al, 2006; MAZO et al, 2007; NAVARRO et al, 2008; BORGES, MOREIRA, 2009; SANTOS, FORONI, CHAVES, 2009; SILVA, SANTOS, 2009; TOSCANO, OLIVEIRA,

2009; LISTA, SORRENTINO, 2010; MACIEL, 2010; SILVEIRA, FARO, OLIVEIRA, 2011; MOREIRA, TEIXEIRA, NOVAES, 2014; ROBITAILLE et al, 2014), porém é importante destacar que essa dimensão é formada por 6 itens voltados, sobretudo, para a realização de atividades físicas de manutenção da saúde ou como forma de lazer, o que pode ter levado a esse resultado.

Quanto a região da cidade, como já discutido anteriormente, outros autores encontraram relação entre as condições e percepção positiva da vizinhança e participação social (BAUER, PALMER, 2002; BOWLING et al, 2006; BOWLING, STAFFORD, 2007; RICHARD et al, 2008; LEVASSEUR, DESROSIERS, WHITENECK, 2010; LEVASSEUR et al, 2011; AIDA et al, 2013), considerando essa evidência, as políticas públicas impreterivelmente deve ter como foco oferecer melhores condições socioambientais na comunidade e intervenções planejadas com uma visão e abordagem mais ecológica, considerando toda a rede de interação entre a pessoa e o seu meio (RICHARD et al, 2008).

Nesse sentido, considerando o território como um espaço de socialização e saúde, Junges e Barbiani (2013), reforçam a urgência de atenção e vigilância em saúde voltadas para as necessidades do território e de articulação política por parte dos gestores de saúde, visando pactuar ações intersetoriais para, por exemplo, criação de praças, áreas de lazer e de esportes, visando, a longo prazo, melhorar a saúde da população em geral.

De forma complementar, especificamente em Gerontologia, a Organização Mundial de Saúde recomenda a criação e o apoio de comunidades, ambientes e serviços amigos do idoso, que contribuam para a segurança e participação de todos, em especial daqueles que moram sozinhos ou tenham incapacidades, além de oferecer opções de moradia flexíveis e acessíveis física e economicamente, serviços de transporte, manutenção da casa e de cuidados na comunidade, favorecendo a permanência do idoso em casa e a sua participação social por maior tempo possível (ILC-BRASIL, 2015).

Destaca-se, ainda, que a participação do idoso na comunidade colabora com mudanças de atitudes em relação ao velho e a velhice por parte de gerações mais jovens, visto que, a convivência intergeracional, é uma oportunidade de quebrar preconceitos e rever falsas crenças (CACHIONI, AGUILAR, 2008). Acredita-se que esse processo de mudança de atitudes, a longo prazo, também pode retroalimentar positivamente a variação de participação social de idosos. Assim, sugere-se futuras pesquisas e ações que considerem esses aspectos.

Além da prática de atividade física e região da cidade, a variável percepção de qualidade de vida, outra preditora da dimensão *Recreação*, também pode ser modificada a partir de fatores socioambientais, como já discutido anteriormente. Sendo assim, acredita-se que, apesar das críticas sobre a definição e operacionalização da qualidade de vida (BOWLING, 1995; FARQUHAR, 1995; PASCHOAL, 2000; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; SANTOS et al., 2002; TRENTINI, 2004; NERI, 2004; VECCHIA et al., 2005), seja de grande valia a sua avaliação contínua, mesmo que de forma global.

Por fim, foi constatado que a dimensão *Comunicação* teve como preditores 6 variáveis, a saber: região da cidade, idade, número de doenças, MEEM Total (16 itens), EDG-15 e avaliação subjetiva de q qualidade de vida, nessa ordem. Essas variáveis, juntas, explicaram 60% da variância da variável dependente (critério). As variáveis região da cidade, MEEM Total e avaliação subjetiva da saúde agiram de forma positiva, enquanto que a idade, o número de doenças e a EDG-15 negativamente, ou seja, a participação social aumenta na medida em que o idoso mora em regiões da cidade com melhor infraestrutura e condição socioeconômica, possui boa capacidade cognitiva, percepção positiva de qualidade de vida, menor idade, menor número de doenças e de possíveis sintomas depressivos.

A influência e importância de todas essas variáveis para a participação social do idoso já foram discutidas anteriormente, porém ressalta-se a necessidade da efetivação de serviços e estratégias de atenção contínuas ao longo da vida, sobretudo, de promoção e prevenção à saúde, uma vez que as condições de saúde foram os preditores mais recorrentes em todas as dimensões da participação social. Para tal, é necessário garantir um sistema focado no cuidado primário baseado na comunidade e um grupo de profissionais, de diversas áreas, treinado para compreender os aspectos da saúde relacionadas ao envelhecimento e para ter uma postura proativa frente as mudanças de necessidades individuais e coletivas, apoiando o Envelhecimento Ativo (ILC-BRASIL, 2015).

Entretanto, apesar do reconhecimento legal, tanto a assistência do idoso realizada, prioritariamente, no território pela Atenção Básica quanto o investimento em formação profissional interdisciplinar e capacitação permanente da equipe no campo da geriatria e gerontologia, continuam sendo um desafio a ser enfrentado, visando garantir a qualidade da atenção em saúde da pessoa idosa no Brasil (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006; BRASIL, 2014; ILC-BRASIL, 2015). Esta distância entre o preconizado pelas políticas e a realidade da prática,

refletem dificuldade de discussão de casos mais complexos, articulação setorial e intersetorial do cuidado em saúde, recursos humanos sem informação e preparo para avaliar e discernir entre situações de fragilidade e processos naturais de envelhecimento, dificultando o diagnóstico, o tratamento qualificado na pessoa e não na doença, comunicação de forma adequada e a valorização da participação social como condicionante de saúde (ILC-BRASIL, 2015).

Na tentativa de responder a estas lacunas e demandas, o Ministério de Saúde lançou algumas propostas, como o Sistema Universidade Aberta do SUS (UMA-SUS)²² que oferece, desde 2010, cursos gratuitos à distância, inclusive no campo da gerontologia, para profissionais de saúde que atuam no SUS, a Biblioteca Virtual em Saúde da Atenção Primária²³ e o Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes²⁴, também destinado à profissionais da área, que são ferramentas que tendem a colaborar com o aumento da eficiência e qualidade dos serviços, uma vez que auxilia no levantamento de evidências e no processo de consultoria técnica, científica e administrativa. Além desses programas, acredita-se que o Portal de Saúde²⁵, que disponibiliza informações à toda população de ações e programas em saúde, de âmbito nacional, também, pode colaborar a médio e longo prazo com a qualidade de atenção à toda população, inclusive na valorização e ampliação da participação social de idosos, já que pode ser um caminho para o empoderamento do idoso e de sua família.

Importa destacar, no entanto, que a existência das políticas e de possibilidades de recursos como os citados anteriormente, não tem garantido a participação dos profissionais que potencialmente estão envolvidos com esta população e, tampouco, alterações mais amplas na realidade dos serviços. Mesmo reconhecendo essas iniciativas, a partir do conceito de Envelhecimento Ativo e da apreensão que os preditores da participação social dos participantes da presente pesquisa envolvem, sobretudo, fatores passíveis de modificações, destaca-se novamente a necessidade de maior investimento e valorização de pesquisas e ações no território, que focalizem o acompanhamento das necessidades e direitos dos indivíduos e do coletivo ao longo dos anos.

Ainda em relação aos preditores, é importante esclarecer que, apesar de esperado, a Solidariedade Intergeracional e a renda não foram identificadas como preditores da participação

²² <http://www.unasus.gov.br/cursos>

²³ <http://aps.bvs.br/>

²⁴ http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_telessaude.php

²⁵ <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas>

social. No entanto, sugere-se a realização de outras pesquisas para a confirmação desses resultados, na medida em que, no presente estudo, a dimensão funcional da solidariedade intergeracional, que envolve a assistência e o apoio oferecido e recebido entre as gerações, não foi avaliada (BENGSTON, ROBERTS, 1991; BENGSTON, OYAMA, 2007; BRAZ, 2013). Quanto a renda, é importante destacar que a mesma esteve correlacionada com a região da cidade e, no presente estudo, foi avaliada por uma única variável categórica em um formato que dificultou a sua análise em subgrupos homogêneos.

A despeito da necessidade de mais estudos internacionais e nacionais, é possível afirmar que o presente estudo possibilitou ratificar que a participação social é multidimensional, envolve fatores pessoais e ambientais (DESROSIERS et al., 2004; POULIN; DESROSIERS, 2008; POULIN; DESROSIERS, 2009; DESROSIERS *et al.*, 2009a; DESROSIERS et al., 2009b; DEMERS *et al.*, 2009; PLANTE et al., 2010, VISCOGLIOSI *et al.*, 2011; REBELLATO, HAYASHI, 2014), e, também, contribuiu para ampliar as discussões sobre a promoção do Envelhecimento Ativo, na medida em que, além de identificar os preditores da participação social de idosos independentes residentes na comunidade, sugere estratégias para o seu desenvolvimento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação social no âmbito da saúde é um tema relativamente recente, mas vem sendo apontada de forma crescente pelas políticas públicas nacionais e internacionais e pela literatura científica, sobretudo, direcionada à população com deficiências, como um dos objetivos finais da reabilitação.

Apesar de ainda não existir um consenso em relação a definição da participação social, os pesquisadores, de modo geral, enfatizam que é um constructo multidisciplinar, relacionado com fatores pessoais e ambientais que estão em constante interação e transformação. Na presente pesquisa foi adotada a concepção de participação social definida pelo Human Development Model - Disability Creation Process (HDM-DCP), da classificação Quebec, que a definiu como a realização de *Hábitos de Vida*, que envolvem atividades diárias e de papéis sociais que são necessárias para a sobrevivência ou o desenvolvimento e contribuição de uma

pessoa na sociedade.

Em gerontologia, a Organização Mundial de Saúde destaca que a participação social é um dos pilares do Envelhecimento Ativo e está intrinsecamente ligada à saúde, segurança e aprendizagem ao longo da vida. Acredita-se que a avaliação da participação social de idosos e o investimento em pesquisas e ações nessa área no momento da velhice e, sobretudo, de forma contínua durante a vida, pode contribuir para a compreensão e otimização do processo de envelhecimento ativo, além de colaborar com a avaliação dos serviços e intervenções destinadas à essa população.

A partir dessa perspectiva, considera-se essencialmente importante avaliar a participação social de idosos de diferentes condições socioeconômicas, funcionais e de saúde, visando, além da reabilitação, ações de prevenção e promoção da saúde voltadas para a atenção do idoso na comunidade.

As pesquisas sobre a participação social de idosos independentes residentes na comunidade ainda são escassas, tanto no âmbito internacional e, principalmente nacional. Assim, o presente estudo demonstra relevância, na medida em que, além de comparar níveis de participação social de subgrupos de idosos cadastrados em Estratégias de Saúde da Família, também se propôs a identificar os preditores da variação da participação social.

O estudo testou as seguintes hipóteses: 1) os níveis de participação social diferem entre subgrupos de idosos em função de fatores sociodemográficos, de saúde, percepção de solidariedade familiar intergeracional e de qualidade de vida; e 2) os preditores da participação social envolvem fatores pessoais e ambientais, principalmente variáveis de saúde.

Quanto a primeira hipótese, no que se refere a participação social global (*LIFE-H Total*), o nível de participação social diferiu em função do estado civil, viuvez, escolaridade, renda, região da cidade, situação ocupacional, possuir netos, solidariedade intergeracional, presença e número de doenças, sintomatologia depressiva, capacidade cognitiva, prática de atividade física, avaliação subjetiva de saúde e de qualidade de vida.

No que se refere a participação social nas dimensões *Cuidados Pessoais, Comunidade, Recreação e Comunicação*, extraídas da análise fatorial do LIFE-H 3.1-Brasil, também foram verificadas diferentes significativas de médias em variáveis sociodemográficas, de saúde, solidariedade intergeracional e percepção de qualidade de vida, ratificando a complexidade e multidimensionalidade da participação social de idosos.

Esses resultados confirmam a hipótese que os níveis de participação social são diferentes em função de variáveis sociodemográficas, de saúde, solidariedade intergeracional e qualidade de vida, com destaque para as condições de saúde.

Convém mencionar que as variáveis de saúde composta, no presente estudo, por quantidade de doenças, presença de sintomatologia depressiva, capacidade cognitiva (MEEM Total), prática de atividade física e avaliação subjetiva de saúde, estiveram associadas com todas as dimensões e com a avaliação global do LIFE-H 3.1-Brasil, exceto a variável avaliação subjetiva de saúde no que tange a dimensão *Comunidade*, apontando a necessidade de investimentos em ações de promoção e prevenção de saúde para favorecer a participação social e vice-versa.

Quanto a segunda hipótese, preditores da participação social, foi possível comprovar a influência de determinantes pessoais e ambientais que, felizmente, em sua maioria são variáveis modificáveis, principalmente se trabalhadas de forma antecedente.

As variáveis que atuaram como preditores da participação global (*LIFE-H Total*) foram regiões da cidade, prática de atividade física, número de doenças, capacidade cognitiva (MEEM Total), idade, sintomatologia depressiva (EDG-15), avaliação subjetiva de qualidade de vida e viuvez, nessa ordem. As variáveis regiões da cidade, prática de atividade física, capacidade cognitiva (MEEM Total) e avaliação subjetiva de qualidade de vida agiram de forma positiva, enquanto que as outras variáveis agiram de forma negativa.

No que se refere a dimensão *Cuidados Pessoais*, o número de doenças e a sintomatologia depressiva (EDG-15) foram identificadas como preditores que agiram negativamente, enquanto que a avaliação subjetiva de qualidade de vida, a situação habitacional e a capacidade cognitiva (MEEM Total) atuaram positivamente. Na dimensão *Comunidade*, apenas 4 variáveis foram identificadas como preditores: capacidade cognitiva (MEEM Total), número de doenças, idade e região da cidade, sendo que apenas a capacidade cognitiva (MEEM Total) e a região da cidade atuaram positivamente na variação da participação social.

Quanto a dimensão *Recreação* foram identificadas três preditores que agiram positivamente: prática de atividade física, região da cidade e avaliação subjetiva da qualidade de vida. Por último, foi possível identificar que seis variáveis agiram como preditores da dimensão *Comunicação*, a saber: região da cidade, avaliação subjetiva da saúde e capacidade cognitiva

(MEEM Total) de forma positiva e idade, número de doenças e sintomatologia depressiva (EDG-15) de forma negativa.

Na presente pesquisa, observa-se que as variáveis independentes pertencentes ao subgrupo condições de saúde foram identificadas mais frequentemente como preditoras da variação da participação social, sendo mais recorrente a sintomatologia depressiva (avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica), a capacidade cognitiva (avaliada pelo Mini-Exame do Estado Mental) e o número de doenças, nessa ordem. No subgrupo das variáveis sociodemográficas, destaca-se a região da cidade, que foi identificada como preditora do *LIFE-H Total* e de todas as suas dimensões, exceto *Cuidados Pessoais*.

Esses resultados, de modo geral, instigaram a reflexão sobre a necessidade de compreensão da participação social de forma ampliada, considerando, sobretudo, os aspectos de saúde do indivíduo e os determinantes sociais presentes no território, além da urgência de ações de vigilância e prevenção de doenças ao longo dos anos, investimento em segurança, infraestrutura e serviços na comunidade, ações intersetoriais integradas e capacitação permanente de recursos humanos, como forma de otimizar e valorizar a participação social de idosos e, conseqüentemente, favorecer o seu envelhecimento ativo e qualidade de vida.

Nesse sentido, a presente pesquisa, poderá colaborar com futuras propostas ou aperfeiçoamento de ações e políticas públicas, sobretudo direcionada à idosos independentes usuários da Atenção Básica, visto que apontou possíveis oportunidades de melhorias na atenção à saúde do idoso, que poderão favorecer a sua participação social em diferentes esferas e momentos da vida.

Compreendem-se que os resultados aqui revelados devem contribuir para a expansão de estudos teóricos e empíricos sobre a participação social do idoso, na medida em que identifica os preditores da participação social de idosos independentes, evidencia a importância da participação social para a saúde e qualidade de vida dessa população e levanta algumas sugestões de aprofundamento científico sobre o tema.

Ademais, também foi realizada a análise fatorial e da consistência interna das dimensões do LIFE-H 3.1-Brasil, apontando a fiabilidade dos dados analisados e a utilização do instrumento para a avaliação da participação social de idosos independentes.

De forma complementar, também foi realizado o estudo da estrutura fatorial da Escala de Depressão Geriátrica e do Mini-Exame do Estado Mental, além da consistência interna desses

dois instrumentos supracitados e da avaliação subjetiva de saúde e solidariedade intergeracional, atribuindo uma maior segurança e robustez aos resultados da presente pesquisa.

Não obstante ao rigor metodológico e aos resultados promissores da presente pesquisa, é preciso reconhecer as suas limitações.

A primeira limitação consiste no tamanho e seleção da amostra. É importante destacar que, por questões metodológicas da pesquisa e estruturais das Estratégias de Saúde da Família, no momento da coleta de dados, os participantes foram escolhidos por conveniência e não foi realizado antecipadamente um plano amostral. Quanto ao tamanho da amostra, teria sido interessante a sua ampliação para possibilitar a realização da análise de regressão, necessária para a avaliação dos preditores da participação social, sem as investigações preliminares de cada subgrupo de variáveis independentes. No que se refere a seleção da amostra por conveniência, foram tomados alguns cuidados a fim de minimizar os limites impostos por esta opção: 1) procurou-se manter um número equilibrado de idosos entre as regiões da cidade com melhores e piores condições socioeconômicas; e 2) buscou-se manter a porcentagem de, pelo menos, 60% de mulheres em todas as ESF alcançadas pela pesquisa, uma vez que a composição da população idosa no município, assim como no âmbito nacional, é constituída em sua maioria por mulheres.

A segunda limitação refere-se à singularidade da amostra formada por idosos independentes, uma vez que as entrevistas foram realizadas apenas com idosos que procuraram atendimento nas ESFs de forma espontânea e, estes, em sua maioria, não apresentavam grandes limitações funcionais. Este fato, não possibilita a ampliação dos resultados da presente pesquisa a todos idosos cadastrados em ESF. Assim, sugere-se futuras pesquisas com idosos de diferentes graus de funcionalidade usuários da Atenção Básica.

A terceira limitação é atribuída ao fato da amostra ser composta por idosos provenientes do interior do Estado de São Paulo, que possui características socioeconômicas e culturais diferentes das outras regiões do país, sendo necessário, cautela na compreensão destes resultados a idosos independentes cadastrados em ESF de outras localidades.

A quarta limitação refere-se ao número reduzido de idosos sem filhos e que moram sozinhos, o que pode ter ameaçado a precisão dos resultados na comparação da participação social entre idosos com e sem filhos e entre idosos que moram sozinhos e acompanhados. Fato que deve ser considerado em outras pesquisas, visto que a opção em não se ter filhos e o número de idosos morando sozinhos tendem a aumentar no futuro.

A quinta limitação é atribuída a tópicos específicos da ficha de identificação dos participantes, como renda, comorbidades e prática de atividade física. Os dados sobre a renda foram coletados por uma única variável categórica em um formato que pouco contribuiu para a sua categorização na ocasião da análise de regressão múltipla. Quanto a comorbidades, a coleta de dados ocorreu a partir do autorrelato dos participantes frente a determinadas problemáticas, o que pode não representar da melhor forma a realidade. Em relação a prática de atividade física, essa variável também foi avaliada pelo autorrelato, a partir de uma única variável, o que pode ter limitado a apreensão de sua total complexidade no que se refere, sobretudo, ao seu tipo e nível de envolvimento. Deste modo, a realização de outras pesquisas sobre a participação social que tenham a possibilidade de coletar dados mais precisos sobre a renda, levantamento diagnóstico e o uso de instrumentos validados para a avaliação da atividade física poderão contribuir com o aprofundamento destes achados.

Nesse mesmo sentido, a sexta limitação do estudo envolveu a avaliação da percepção da qualidade de vida e da solidariedade intergeracional de forma reduzida, devido ao tempo de duração da entrevista. A percepção da qualidade de vida foi realizada a partir de uma única questão global. Ressalta que os dados da presente pesquisa, no que se refere a associação da participação social com a qualidade de vida, não diferiu de estudos que utilizaram um instrumento de qualidade de vida na íntegra, porém os mesmos foram realizados com pessoas idosas com diferentes níveis de funcionalidade. Assim, sugere-se novas pesquisas nacionais que avaliem todas as dimensões da qualidade de vida em estudos específicos de participação social. Quanto a Escala de Solidariedade Intergeracional (SI), foi constatado a inexecutabilidade de sua aplicação na íntegra durante o estudo piloto. A partir disso, foi necessário optar por alguns itens do instrumento, que, apesar de ter apresentado consistência interna adequada, não compreende a sua totalidade. Nesse sentido, aconselha-se novas pesquisas sobre a participação social que tenham a possibilidade de aplicar a Escala de Solidariedade Intergeracional completa para confirmar os resultados da presente pesquisa, principalmente quanto a predição da participação social.

Outros aspectos são importantes a serem considerados, como o uso do LIFE-H em idosos independentes, ausência de análise da satisfação da participação social e da investigação sobre os projetos e ações ofertadas para idosos em cada Estratégia de Saúde da Família (ESF), além da importância de pesquisas de caráter qualitativo e longitudinais sobre o tema.

O LIFE-H foi inicialmente criado para avaliar a participação social de pessoas com deficiências e limitações funcionais. Posteriormente, no contexto internacional, sobretudo no Canadá onde o LIFE-H foi criado, considerando a importância da participação social para o bem-estar dos idosos, o instrumento também começou a ser utilizado com essa população sem deficiências e, o presente estudo, integra esta nova etapa de investigações.

Quanto ao uso do LIFE-H em idosos, vale destacar que alguns itens do instrumento, como, por exemplo, do domínio Educação e Emprego, não são aplicáveis pela questão da própria idade e ciclo de vida. Além disso, se aplicado em amostras de idosos independentes, como foi o caso na presente pesquisa, os dados podem seguir uma tendência de assimetria, visto que alguns itens possuem baixo nível de complexidade, sendo necessário a transformação dos dados com o objetivo de obter distribuições normais para a realização de análises estatísticas paramétricas, conforme sugestão apresentada nesta pesquisa.

Não obstante, valoriza-se o uso do LIFE-H em pesquisas com idosos independentes, visto que o instrumento é formado por uma ampla gama de itens de atividades da vida diária e de papéis sociais; pode ser aplicado na íntegra, por domínio ou subgrupo; pode ser autoadministrado ou utilizado em forma de entrevista; respondido pela própria pessoa, um acompanhante ou um profissional e; além disso, compreende a avaliação da participação social em três grandes níveis: nível de realização, tipo de assistência e nível de satisfação, sendo, também, útil para uso clínico.

Ressalta-se que, ao disponibilizar os resultados sobre a análise fatorial e as consistência interna do LIFE-H 3.1-Brasil, esta pesquisa traz contribuições relevantes para o uso do instrumento no Brasil.

Não fez parte dos objetivos deste estudo investigar as ações de cada ESF destinadas à população idosa, no entanto, aponta-se que seria interessante verificar em estudos futuros a existência de associação entre participação social de idosos e a oferta e frequência dessas ações. Além dessa sugestão de estudo, outros foram indicados ao longo da discussão da presente pesquisa.

Todavia, destaca-se a importância de se investir em estudos, sobretudo de natureza quali-quantitativa, com o intuito de ampliar a compreensão da participação social a partir das percepções e trajetórias de vida dos idosos e, longitudinais, para acompanhamento de mudanças do nível de participação social no *continuum* da vida, suas tendências e identificação de oportunidades de ações.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABU-RAYYA, H. M. Depression and social involvement among elders. *The Internet Journal of Health*, v. 5, n. 1, p.1-6, 2006.

ADAMSON, J.; LAWLOR, D. A.; EBRAHIM, S. Chronic diseases, locomotor activity limitation and social participation in older women: cross sectional survey of British Women's Heart and Health Study. *Age and Ageing*, v. 33, n. 3, p. 293-298, 2004.

AGAHI, N.; PARKER, M. G. Leisure activities and mortality: does gender matter? *J Aging Health*, v.20, n. 7, p. 855-71, oct. 2008

AGUIAR, J. E. *A experiência da co-residência para idosas em família intergeracional..* Dissertação de mestrado. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2007. 108p

AIDA, J. et al. Does social capital affect the incidence of functional disability in older Japanese? A prospective population-based cohort study. *J Epidemiol Community Health*, v. 67, p. 42-47, 2013.

ALMEIDA, O. P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*, São Paulo, v. 56, 3B, p. 605-612, set. 1998.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, jun. 1999a.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int. J. Geriat. Psychiatry*, v.14, n. 10, p. 858-865. 1999b.

ALMA, M. A. et al. Determinants of social participation of visually impaired older adults. *Qual Life Res*, v. 21, p. 87-97, 2012.

ALMEIDA, A. V. et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco sócia. *Textos & Contextos*. Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115 - 131, jan/jun. 2015.

ALONSO, A. C. et al Muscle strength, postural balance, and cognition are associated with braking time during driving in older adults. *Exp. Gerontol.* 2016 Sep 8. pii: S0531-5565(16)30320-5. doi: 10.1016/j.exger.2016.09.006 (aceito para publicação).

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; FACCHENDA, O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paul Enferm.*, v. 25, n. 4, p. 497-503, 2012.

ALVARENGA, L. N. et al. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 796-802, dez. 2009.

ALVES, L. C.; LEITE, I. da C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, jul./ago. 2008.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE [ACSM]. Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2009. DOI: 10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c

ANDERSON, M. I. P. et al. Saúde e Qualidade de vida na terceira idade. *Textos Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v.1, n.1. nov. 1998.

ANDRADE, N. B.; NOVELLI, M. M. P. C. Perfil cognitivo e funcional de idosos frequentadores dos Centros de Convivência para idosos da cidade de Santos, SP. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 143-152, 2015.

ANTUNES, H. K. M et al. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. *Rev Bras Med Esporte*, v. 12, n. 2, p. 108-114, 2006.

ARANTES, R. C. *Arranjos domiciliares e saúde dos idosos: um estudo piloto qualitativo em um município do interior de minas gerais*. Universidade Federal de Minas Gerais. Texto para discussão, outubro. 2010.

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

AREOSA, S. V.C.; BENITEZ, L.B.; WICHMANN, F. M. A. Relações familiares e o convívio social entre idosos. *Textos & Contextos*, v. 11, n. 1, p. 184 - 192, jan./jul. 2012.

ARGIMON, I. I. L. et al. Instrumentos de avaliação de memória em idosos: uma revisão. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 28-35 - jul./dez. 2005.

ARGIMON, I. I. L. et al. Gênero e escolaridade: estudo através do miniexame do estado mental (MEEM) em idosos. *Aletheia*, v. 38-39, p.153-161, maio/dez. 2012.

ARNOLD, R. et al. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of Life Research*, v. 13, p. 883–896, 2004.

ASSUMPÇÃO, F. S. N. *Adaptação transcultural e propriedades de medida do LIFE-H 3.1-Brasil para avaliação da participação social em hemiparéticos*. Dissertação de mestrado. Belo Horizonte: UFMG, 2014. 95p.

ASSUMPÇÃO, F. S. N. et al. Propriedades de medida do LIFE-H 3.1-Brasil para avaliação da participação social de hemiparéticos. *Rev Neurocienc*, v. 23, n. 4, p. 506-515, 2015.

ASSUMPÇÃO, F. S. N. et al. Adaptação transcultural do LIFE-H 3.1: um instrumento de avaliação da participação social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6: e00061015, p. 1-12, jun. 2016.

ÁVILA, R.; BOTTINO, C. M. C. Atualização Sobre Alterações Cognitivas em Idosos com Síndrome Depressiva. *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo, v. 28, p. 316-320, 2006.

BAE, J. N; CHO, M. J. Development of the Korean version of the Geriatric Depression Scale and its short form among elderly psychiatric patients. *J Psychosom Res.*, v. 57, p. 297-305, 2004.

BAKER, L. A.; SILVERSTEIN, M.; PUTNEY, N. M. Grandparents Raising Grandchildren in the United States: Changing Family Forms, Stagnant Social Policies. *J Soc Soc Policy*. 2008 ; 7: 53–69.

BANCO MUNDIAL. Banco Internacional para a reconstrução e o desenvolvimento. *Envelhecendo em um Brasil mais velho: Implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços*. Sumário Executivo, Washington; Copyright©Brasil. 2011.

BAÑOS, J. H.; FRANKLIN, L. M. Factor structure of the mini-mental state examination in adult psychiatric inpatients. *Psychol Assess.* v. 14, p. 397-400, 2002.

BARGE-SCHAAPVELD, D. Q. C. M. Quality of life in depression: daily life determinants and variability. *Psychiatry Research*, v. 88, p. 173-189, 1999.

BARROS, R. D. B de; CASTRO, A. M. Terceira idade: o discurso do experts e a produção do “novo velho”. *Estud. Interdiscip. Envelhec.*, v. 4, p. 113-124, 2002.

BARTH, F. L. et al. Percepção de acompanhantes acerca da restrição de participação derivada de dificuldades auditivas (handicap auditivo) no idoso demenciado. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 17, n. 1, p.145-166, jun. 2012.

BAUM, F.; PALMER, C. ‘Opportunity structures’: urban landscape, social capital and health promotion in Australia. *Health Promotion International*, v.17, n. 4, p. 351-361, 2002.

BÉLAND, F. et al. Trajectories of Cognitive Decline and Social Relations. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, v. 60B, n. 6, p. 320-330, 2005.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Rev Saúde Pública*, v.8, n. 2, p. 302-307, 2008.

BENGTSON, V. L. et al. Solidarity, Conflict, and Ambivalence: Complementary or Competing Perspectives on Intergenerational Relationships? *Journal of Marriage and Family*, v. 64, p. 568–576, aug. 2002.

BENGTSON, V. L.; ROBERTS, R. E. L. Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family*, v. 53, n. 4, p. 856-870, 1991.

BENGTSON, V. L.; OYAMA, B. S. *Intergenerational Solidarity: Strengthening Economic and Social Ties*. 2007. New York: United Nations Headquarters. Disponível em: http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/egm_unhq_oct07_bengtson.pdf [acesso em: 12 jul. 2016].

BERKMAN, L. F. et al. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, v. 51, n. 16, p.843-857, sep. 2000.

BERTOLUCCI, P. H. F et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatr.*, v. 52, n. 1, p. 1-7, mar. 1994.

BETIOLLI, S. E. et al. Práticas culturais de cuidado com a saúde sob a ótica dos idosos longevos. *Cienc Cuid Saude*. v. 13, n. 2, p. 318-326, abr/jun. 2014.

BIELAK, A. A. M. et al. Activity engagement is related to level, but not change in cognitive ability across adulthood. *Psychology and Aging*, v. 27, n. 1, p. 219-228, mar. 2012.

BLAY, S. L.; MARCHESONI, M. S. M. Association among physical, psychiatric and socioeconomic conditions and WHOQOL-Bref scores. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 677-686, apr. 2011.

BODE, R. K. et al. Development and validation of participation and positive psychologic function measures for stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabil*, v.91, p. 1347-1356, set. 2010.

BORGES, D. T., DALMOLIN, B. M. Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Florianópolis, 2012, v. 7, n. 23, p. 75-82, Abr.-Jun. 2012.

BORGES, M. R. D.; MOREIRA, A. K. Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. *Motriz, Rio Claro*, v.15 n.3 p.562-573, jul./set. 2009.

BORGES, A. M. et al Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 17. n. 1, p. 79-86, 2014.

BOWLING, A.; STAFFORD, M. How do objective and subjective assessments of neighbourhood influence social and physical functioning in older age? Findings from a British survey of ageing. *Social Science & Medicine*, v. 64, n.12, p. 2533-2549, 2007.

BOWLING, A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to informs of health related quality of life. *Soc. Sci. Med.*, v. 41, n. 10, p. 1447- 1462. 1995.

BOWLING, A. et al. A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health*, v. 6, n. 4, p. 355-371. 2002.

BOWLING, A. et al. Do perceptions of neighbourhood environment influence health? Baseline findings from a British survey of aging. *J Epidemiol Community Health*, v. 60, p. 476-483, 2006.

BOWLING, A. et al. Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age ageing*, v. 36, n. 3, p. 310-315. 2007.

BRASIL. Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União (DOU) 05/01/1994*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf

_____. Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União (DOU) 03/10/2003*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm

_____. Ministro de Estado da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União (DOU) 19/10/2006*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. *Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática / DAET. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa / COSAPI. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, maio. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.707, de 23 de setembro de 2016. Redefine regras das academias de saúde. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/09/2016&jornal=1&pagina=36&totalArquivos=132>

BRAZ, A. C. *Habilidades sociais e solidariedade intergeracional no relacionamento entre pais idosos e filhos adultos*. Tese de Doutorado. São Carlos: UFSCar, 2013. 162p.

BRITO, F. C. de; NUNES, M. I.; YUASO, D. R. Multidimensionalidade em gerontologia II: instrumentos de avaliação. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Tratado de Gerontologia*. 2. ed., ver. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. cap. 10, p. 133-147.

BRITO-MARQUES, P. R.; CABRAL-FILHO, J. E. The role of education in Mini-Mental State Examination: a study in Northeast Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.*, v. 62, n. 2-A, p. 206-211. 2004.

BRITO-MARQUES, P. R.; CABRAL-FILHO, J. E. Influence of age and schooling on the performance in a modified Mini-Mental State Examination version: A study in Brazil Northeast. *Arq Neuropsiquiatr.*, v. 63, n. 3-A, p. 583-587, 2005.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.*, v. 61, n. 3B, p. 777-781, set. 2003.

BUKOV, A.; MAAS, I.; LAMPERT, T. Social Participation in Very Old Age: Cross-Sectional and Longitudinal Findings From BASE. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, v. 57B, n.6, p.510-517, 2002.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177. 2000.

CACHIONI, M.; FALCÃO, D. V. da S. Velhice e educação: possibilidades e benefícios para a qualidade de vida. In: FALCÃO, D. V. da S.; ARAÚJO, L. F. de. (Orgs.). *Psicologia do Envelhecimento*. Campinas: Editora Alínea, 2009, cap. 10, p. 175-194.

CACHIONI, M.; AGUILAR, L.E. Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores-professores envolvidos com as demandas da velhice em universidades brasileiras. *Revista Kairós*, v.11, n.2, p.95-119, dez. 2008.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro,RJ: Guanabara Koogan, 2006. p. 88-105.

CAMARGOS, M. C. S. *Enfim só: um olhar sobre o universo de pessoas idosas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte (MG)*. Belo Horizonte: UFMG, 2008.138p.

CAMARGOS, M.C.S.; RODRIGUES, R.N. Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde. *XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Caxambu- MG, 2008.

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. 6, p. 2919-2925, 2011.

CARDOSO, A. *Livro branco sobre a solidariedade entre as gerações e envelhecimento ativo*. Centro de Estudos para a Intervenção social (s.d).

CARLETO, D. G. S. Relações intergeracionais de idosos mediadas pelas tecnologias de informação e comunicação. Dissertação de mestrado. São Carlos: UFSCar, 2013. 79p.

CARVALHO, J. A. M., BRITO, F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. *R. Bras. Est. Pop.*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-369, jul./dez. 2005.

CAUDURO, A.; GONÇALVEZ, A. J.; CAUDURO, M. H. F. Fatores associados a morar sozinho e suas diferenças regionais em idosos residentes em Porto Alegre e Manaus. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 349-365, 2013.

CHANG, P. J.; WRAY, L.; LIN, Y. Social relationships, leisure activity, and health in older adults. *Health Psychol.*, v. 33, n. 6, p. 516-523, Jun. 2014.

CHAU, J. et al. Factor structure of the Chinese version of the geriatric depression scale. *Psychol Health Med.*, v. 11, n. 1, p. 48-59, 2006.

CHIAO, C.; BOTTICELLO, A. L. Social participation reduces depressive symptoms among older adults: an 18-year longitudinal analysis in Taiwan. *BMC Public Health*, v. 11, n. 292. p.1-9, may. 2011.

CHIAO, C.; WENG, L.-J.; BOTTICELLO, A. L. Social participation reduces depressive symptoms among older adults: An 18-year longitudinal analysis in Taiwan. *BMC Public Health*, v. 11, p. 2-9, 2011.

CLARES, J. W. B. et al. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. *Rev Rene*, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 988-994, 2011.

CLARES, J. W. B., FREITAS, M. C., BORGES, C. L. Fatores sociais e clínicos que causam limitação da mobilidade de idosos. *Acta Paul Enferm.*, v. 27, n. 3, p. 237-42, 2014.

COCENTINO, J. M., VIANA, T. C. A Velhice e a Morte: reflexões sobre o processo de luto *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 591-600, 2011.

COELHO, F. G. M. et al. Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 7-15, 2012.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 22, n. 6, p. 937-946, nov./dez., 2009.

COIMBRA, S.; RIBEIRO, L.; FONTAINE, A. M. Intergenerational solidarity in an ageing world: Socio-demographic determinants of intergenerational support to elderly parents. In:

ALBERT, I.; FERRING, D. (Ed.). *Intergenerational relations in society and family: European perspectives*. Bristol: The Policy Press. 2013.

COHEN, J. *Statistical power analyses for the behavioural sciences*. 2ª ed. New York: Academic Press, 1988.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. Disponível em: <http://www.cnm.org.br/municipios/index/100135/100135038> [acesso em: 23/07/2015].

CORDEIRO, J. J. R. *Validação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: UNIFESP, 2005. 111 p.

_____. *Programa do curso Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais*. São Paulo: Lar Escola São Francisco, ago. 2007.

CASTRO-COSTA, E. et al. Dimensions of the Mini-mental State Examination among low educated Brazilian older adults in the community. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Proceedings of the XI Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology*. Göteborg, Sweden, May 3-6, 2007.

CRUM, R. M. et al. Population-Based Norms for the Mini-Mental State Examination by Age and Educational Level. *JAMA*, v. 269, n. 18, p. 2386-2391, 1993.

CURTIN, M. et al. Outcomes of participation objective, participation subjective (POPS) measure following traumatic brain injury. *Brain Injury*, v. 25, n. 3, p. 266-273. 2011.

DALEMANS, R. J. P. et al. Measures for rating social participation in people with aphasia: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, v. 22, n. 16, p. 542-555, 2008.

DAMÁSIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, v. 11, n. 2, p. 213-228, 2012.

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo (SP): Edusp/Fapesp, 1999.

DEMERS, L. et al. Coping Strategies and Social Participation in Older Adults. *Gerontology*, v. 55, p. 233-239, 2009.

DESLANDES, A. et al. Exercise and Mental Health: Many Reasons to Move. *Neuropsychobiology*, v. 59, p. 191-198, 2009.

DEPS, V. L. Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. In: NERI, A. L. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*. 8. ed. Campinas: Papirus, 2009a. cap. 2, p. 57-82.

_____. A ocupação do tempo livre sob a ótica de idosos residentes em instituições: análise de uma experiência. In: NERI, A. L. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*. 8. ed. Campinas: Papirus, 2009b. cap. 7, p. 191-212.

DESROSIERS, J. et al. Predictors of handicap situations following post-stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, v. 24, n. 15, p. 774-785, 2002.

DESROSIERS, J. et al. Comparison of two functional independence scales with a participation measure in post-stroke rehabilitation. *Arch. Gerontol. Geriatr.*, v. 37, p. 157-172, 2003a.

DESROSIERS, J. et al. Arm and leg impairments and disabilities after stroke rehabilitation: relation to handicap. *Clinical Rehabilitation*, v. 17, p. 666-673, 2003b.

DESROSIERS, J. et al. Validity of the assessment of life habits in older adults. *J Rehabil Med*, v. 36, p. 177-182, 2004.

DESROSIERS, J.; NOREAU, L.; ROCHETTE, A. Social participation of older adults in Quebec. *Aging Clinical and Experimental Research*, v. 16, p. 406-412, 2004.

DESROSIERS, J. et al. Participation after stroke compared to normal aging. *Journal of Rehabilitation Medicine*, v. 37, n. 6, p.353-357, nov. 2005.

DESROSIERS, J. et al. Predictors of long-term participation after stroke. *Disability and Rehabilitation*, v.28, n. 4, p. 221-230, feb. 2006.

DESROSIERS, J. et al. Participation in daily activities and social roles of older adults with visual impairment. *Disability and Rehabilitation*, v.31, n. 15, p. 1227-1234, 2009a.

DESROSIERS, J. et al. Comparison and correlates of participation in older adults without disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 49, p. 397-403, 2009b.

DIAS, E. G. et al. As Atividades avançadas de vida diária como componente da avaliação funcional do idoso. *Rev Ter Ocup Univ. São Paulo*, v. 25, n. 3, p. 225-232, set./dez. 2014.

DIJKERS, M. P. Issues in the conceptualization and measurement of participation: an Overview. *Arch Phys Med Rehabil*, v. 91, suppl. 1, p. 5-16, sep. 2010.

DOIMO, L. A; DERNTL, A. M. LAGO, O. C. do. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1133-1142, jul./ago. 2008.

DOLL, J. Educação, cultura e lazer: perspectivas de velhice bem-sucedida. In: NERI, A. L (organizadora). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo / SESC, 2007. p. 109-24.

DOMICIANO, B. R. et al. Escolaridade, idade e perdas cognitivas de idosas residentes em instituições de longa permanência. *Rev Neurocienc.*, v. 22, n. 3, p. 330-336, 2014.

DUARTE, Y. A. de O. et al. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, jun. 2007.

DUMONT, C. et al. Rasch modeling and the measurement of social participation. *J Appl Meas.*, v.4, p. 309-325, 2003.

ELLIOTT, M. S.; BARRIS, R. Occupational role performance and life satisfaction in elderly persons. *Occupational Therapy Journal of Research*, v. 7, n. 4, p.215-224, jul./aug. 1987.

ERTAN, T.; EKER, E. Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: are there different factor structures for different cultures? *Int Psychogeriatr.*, v.12, p. 163-172, 2000.

FALLER, J. W. et al. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. *Esc. Anna Nery*, v. 14, n. 4, p. 803-810, out./dez. 2010.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev. bras. epidemiol. [online]*, v. 8, n. 2, p.187-193. 2005

FARINASSO, A. L. C. Capacidade funcional e morbidades referidas de idosos em uma área de abrangência do PSF. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS), v. 27, n. 1, p. 45-52, mar. 2006.

FARQUHAR, M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc. Sci. Med.*, v. 41, n. 10, p. 1439-1446. 1995.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, nov-dez. 2004.

FERNANDES, M. G. M. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. *Rev. bras. Enferm.*, v. 62, n. 5, p. 705-710. 2009.

FERRARI, J.; DALACORTE, R. R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Sci. Med.*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar. 2007.

FERREIRA, A. L. C. B. M. *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador*. Dissertação de Mestrado. Portugal: Lisboa. 2009. Disponível em: epositorio.ul.pt/bitstream/10451/2156/1/22311_ulfp034920_tm.pdf

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a dependência funcional. *Texto e Contexto Enferm.*,v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012.

FIELD, A. *Descobrendo a Estatística usando o SPSS*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2009. 688p.

FIGUEIREDO, S. et al. Use of the LIFE-H in stroke rehabilitation: a structured review of its psychometric properties. *Disabil Rehabil*. v.32, n.9, p.705-712, aug. 2010.

FIRJAN. Disponível em: <http://www.firjan.org.br/ifdm/> [acesso em: 23/07/2015].

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. de A. (Org.). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 1, p. 19-28.

FLECK, M. P. A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n. 4, p. 431-438, 2002.

FREIRE, S. A.; NERI, A. L. Metas de vida e investimentos pessoais na perspectiva de jovens, adultos e idosos. In: FALCÃO, D. V. da S.; ARAÚJO, L. F. de. (Orgs.). *Psicologia do Envelhecimento*. Campinas: Editora Alínea, 2009, cap. 9, p. 155-174.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E., MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiat. Res.*, v. 12, p. 189-198. 1975.

FORTES, T. F. R.; PORTUGUEZ, M. W.; ARGIMON, I. I. L. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 26, n. 4, p. 455-463, outubro/dezembro. 2009.

FOUGEYROLLAS, P. et al. Social consequences of long term impairments and disabilities: conceptual approach and assessment of handicap. *Int J Rehabil Res*, v.21, p.127-141, 1998.

FOUGEYROLLAS, P. et al. The Quebec Classification: Disability Creation Process. ISBN 2 922213 06 4. *International Network on the DCP*. Québec, 1999.

FOUGEYROLLAS, P. Social Participation. In: JH STONE, M BLOUIN (editors). *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Disponível em: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/335/> 2013.

FRANK, S. et al. Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na Saúde Comunitária. *Estud. interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, v. 11, p. 123-134, 2007.

FREIDL, W. et al. Mini Mental State Examination: Influence of sociodemographic, environmental and behavioral factors, and vascular risk factors. *J Clin Epidemiol.*, v. 49, n. 1, p. 73-78, 1996.

FREITAS, M. C. et al. Perspectivas das Pesquisas em Gerontologia e Geriatria: Revisão da Literatura. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 10, n. 2, p.221-228,mar./apr. 2002a.

FREITAS, E. V. et al. Atividade física no idoso. In: FREITAS, E. V. et al (org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2002b, cap.103, p. 857-865.

FUZIKAWA, C. S. *Projeto Bambuí: estudo de base populacional comparando a performance do teste do relógio e do mini- exame do estado mental (análise de concordância, de correlação e de fatores latentes)*. Tese de Doutorado. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2007. 113p.

GAGNON, C.; MATHIEU, J.; NOREAU, L. Measurement of participation in myotonic dystrophy: Reliability of the LIFE-H. *Neuromuscular Disorders*, v. 16, p. 262-268. 2006.

GAGNON, C.; MATHIEU, J.; NOREAU, L. Life habits in myotonic dystrophy type 1. *J Rehabil Med*, v.39, p. 560-566, 2007.

GAGNON, C.; MATHIEU, J.; DESROSIERS, J. Standardized Finger-Nose Test Validity for Coordination Assessment in an Ataxic Disorder. *Can. J. Neurol. Sci.*, v.31, p. 484-489, 2004.

GALENKAMP, H.; DEEG, D. J. H. Increasing social participation of older people: are there different barriers for those in poor health? Introduction to the special section. *Eur J Ageing*, v.13, n. 2, p. 87–90, 2016.

GALENKAMP, H. et al. Predictors of social leisure activities in older Europeans with and without multimorbidity. *Eur J Ageing*, v. 13, p. 129–143, 2016a.

GALENKAMP, H. et al. Participation in formal learning activities of older Europeans in poor and good health. *Eur J Ageing*, v. 13, p. 115–127, 2016b.

GALICIONI, T. G. P.; LOPES, E. S. L.; RABELO, D. F. Superando a viuvez na velhice: o uso de estratégias de enfrentamento. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 4, p. 225-237, agosto. 2012.

GOLINOWSKA, S. et al. Participation in formal learning activities of older Europeans in poor and good health. *Eur J Ageing*, v. 13, p. 115-127, 2016.

GONÇALVES, V. C.; ANDRADE, K. L. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 289-299, ago. 2010.

GOULÃO, B. *Seleção de variáveis na presença de valores omissos: uma aplicação na modelação do Índice de Massa Corporal nos imigrantes africanos e brasileiros residentes em Lisboa e Setúbal*. Trabalho de Mestrado em Bioestatística. Universidade de Lisboa: Faculdade de Ciências - Departamento de Estatística e Investigação Operacional. 2013. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9365/1/ulfc104893_tm_Beatriz_Goul%C3%A3o.pdf%20presen%C3%A7a%20de%20valores%20omissos.pdf

GRAY, D. B. et al. Participation Survey/Mobility: psychometric properties of a measure of participation for people with mobility impairments and limitations. *Arch Phys Med Rehabil*, v. 87, p. 87-97, fev. 2006.

GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p.2931-2940, set. 2010.

GUIMARÃES, J. M. N.; CLADAS, C. P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 9, n. 4, p. 481-492, 2006.

GUIMARÃES, L. H. de C. T. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista Neurociências*, v. 12, n. 3, p. 10-133, jul./set. 2004.

HAMMEL, J. et al. What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, v. 30, n. 19, p. 1445–1460, 2008.

HERÉDIA, V. B. M.; CASARA, M. B.; CORTELLETTI, I. A. Impactos da longevidade na família multigeracional. *Rev. Bras. de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, 2007.

HARTMANN, A. C. V. C. *Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre*. Tese de doutorado. Rio Grande do Sul: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2008. 75p.

HERZOG, A. R.; OFSTEDAL, M. B.; WHEELER, L. M. Social engagement and its relationship to health. *Clin Geriatr Med*, v. 18, n. 3, p. 593-609, 2002.

HSU, H. C. Does social participation by the elderly reduce mortality and cognitive impairment? *Aging & Mental Health*, v. 11, n. 6, p. 699-707, nov. 2007.

HSU, H. C.; CHANG, W. C. Social connections and happiness among the elder population of Taiwan. *Aging & Mental Health*, v. 19, n.12, p. 1131-1137, 2015.

HUGHES, T. F. et al. Engagement in Social Activities and Progression from Mild to Severe Cognitive Impairment: The MYHAT Study. *Int Psychogeriatr.*, v. 25, n. 4, p. 587-595, april. 2013.

ILC-BRASIL [CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE]. *Envelhecimento Ativo: um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade*. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil. 1a edição, 2015.

INOUYE, K. et al. Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 23, n. 3, p. 582-592. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf [acesso em: 01 de mai de 2010].

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, número 9. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

_____. *Sinopse do Censo Demográfico: 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf> [acesso em: 08 de mai de 2011].

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD: síntese de indicadores 2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf. [acesso em: 22 jan. 2013].

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. *Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm [aceso em: 23/07/2015].

_____. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, número 32. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

_____. Tábuas Completas de Mortalidade 2014. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2014/default.shtm> [acesso em 27 de agosto de 2016].

_____. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, número 35. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INCALZI, R. A. et al. Construct validity of the 15- item geriatric depression scale in older medical inpatients. *Geriatr Psychiatry Neurol.*, v. 16, n. 1, p.23-28, 2003.

INTERNATIONAL NETWORK ON DISABILITY CREATION PROCESS [INDCP]. Disponível em: [http:// www.ripph.qc.ca/](http://www.ripph.qc.ca/) [acesso em: 20/10/2014].

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA [IPEA]. *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?* Organizado por Ana Amélia Camarano. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

IRIGARAY, T. Q.; TRENTINI, C. M. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 26, n. 3, p. 297-304, jul./set. 2009.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosas participantes de uma universidade da terceira idade. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 25, n. 4, p. 517-525, out./dez. 2008.

JANG, Y.; SMALL, B.; HALEY, W. Cross-cultural comparability of the Geriatric Depression Scale: comparison between older Koreans and older Americans. *Aging Ment Health*, v.51, n. 1, p. 31-37, 2001.

JASILIONIS, D.; SHKOLNIKOV, V. M. Longevity and Education: A Demographic Perspective. *Gerontology*, v. 62, p. 253-262, 2016.

JACQMIN-GADDA, H. et al. A 5-Year Longitudinal Study of the Mini-Mental State Examination in Normal Aging. *Am J Epidemiol.*, v. 145, n. 6, p. 498-506, 1997.

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

JONES, R. N.; GALLO, J. J. Dimensions of the Mini-Mental State Examination among community dwelling older adults. *Psychol Med.*, v.30, n.3, p.605-618, 2000.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. *Rev. bioét.*, v. 21, n. 2, p. 207-217, 2013.

KACHAR, V. Envelhecimento e perspectivas de inclusão digital. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 13, n. 2, p. 131-147, nov. 2010.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.21, n. 3, p. 200-210. 1987.

KANASHIRO, M. M. *Envelhecimento ativo: uma contribuição para o desenvolvimento de instituições de longa permanência amigas da pessoa idosa*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: FSPUSP, 2012. 75 p.

KATZ, S.; AKPOM, C. A. A measure of primary sociobiological functions. *Int J Health Serv.*, v. 6, n. 3, p. 493-508. 1976.

KATZENSTEIN, T.; SCHWARTZ, G.; ALMEIDA, M. H. M. Reflexões sobre aproximação de idosos a tecnologias de informação e comunicação a partir dos arquétipos Senex e Puer. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 203-218, jun. 2012.

KIELHOFNER, G. *Model of Human Occupation: Theory and Application*. 3rd ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. 577 p.

KIELHOFNER, G. The model of human occupation. In: KEILHOFNER, G. (Org.). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice*. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2009. cap. 11, p. 150-174.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida: aspectos conceituais. *Revista Salus-Guarapuava-PR*, v. 1, n. 1, p. 13-15, jan./jun. 2007.

KOCHHANN, R. et al. Evaluation of Mini-Mental State Examination scores according to different age and education strata, and sex, in a large Brazilian healthy sample. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 3, n. 2, p. 88-93, June. 2009.

LAKS, J. et al. O Mini Exame do Estado Mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro. *Arq Neuropsiquiatr.*, v. 61, n. 3-B, p. 782-785, 2003.

LAUNER, L. J. et al. Are age and education independent correlates of the Mini-Mental State Exam performance of community-dwelling elderly? *J. Gerontol.*, v. 48, n. 6, p. 271-277, Nov. 1993.

LAWTON, M. P. Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, v. 23, n. 4, p. 349-357. 1983.

LEE, J. H.; LEE, J. H.; PARK, S. H. Leisure Activity Participation as Predictor of Quality of Life in Korean Urban-dwelling Elderly. *Occupational Therapy International*, v. 21, n. 3, p. 124-132, sep. 2014.

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

LEMMENS, J. et al. Reproducibility and validity of the Dutch Life Habits Questionnaire (LIFE-H 3.0) in older adults. *Clinical Rehabilitation*, v. 21, p. 853-862, 2007.

LENARDT, M. H. et al. O desempenho de idosas institucionalizadas no minixame do estado mental. *Acta Paul Enferm.*, v. 22, n. 5, p. 638-44, 2009.

LEVASSEUR, M. et al. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med*, v. 71, n. 12, p. 2141-2149. 2010.

LEVASSEUR, M. et al. Associations between perceived proximity to neighborhood resources, disability, and social participation among community-dwelling older adults: Results from the VoisiNuAge Study. *Arch Phys Med Rehabil.*, v. 92, n. 12, p. 1979-1986, Dec. 2011.

LEVASSEUR, M.; DESROSIERS, J.; NOREAU, L. Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Disability and Rehabilitation*, v. 26, n. 20, p.1206-1213, 2004.

LEVASSEUR, M.; DESROSIERS, J.; TRIBBLE, D. S. Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health and Quality of Life outcomes*, v. 6, n. 30, p.1-11, apr. 2008.

LEVASSEUR, M.; TRIBBLE, D. S.; DESROSIERS, J. Meaning of quality of life for older adults: Importance of human functioning componentes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v.49, p. e91–e100, 2009.

LEVASSEUR, M.; DESROSIERS, J. & WHITENECK, G. Accomplishment level and satisfaction with social participation of older adults: association with quality of life and best correlates. *Qual Life Res*, v. 19, n. 5, p. 665-675. 2010.

LI, Y. et al. Participation in Productive Activities and Health Outcomes Among Older Adults in Urban China. *The Gerontologist*, v.54, n. 5, p. 784-796, 2014.

LIMA, A. M. M.; SILVA, H. S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 12, n. 27, p. 795-807, out./dez. 2008.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 12, n. 4, p.189-201, 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*, v. 38, n. 6, p. 827-834, 2004.

LIMA, L. C. V., BUENO, C. M. L. B. E. Envelhecimento e Gênero: a Vulnerabilidade de Idosas no Brasil. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 2, n. 2, p. 273-280, mai./ago. 2009 - ISSN 1983-1870

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 103-112, jan. 2008.

LISTA, I.; SORRENTINO, G. Biological mechanisms of physical activity in preventing cognitive decline. *Cell Mol Neurobiol*, v. 30, n. 4, p. 493-503. May, 2010. doi: 10.1007/s10571-009-9488-x.

LOURENÇO, R. A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 311-318, 2005.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 712-719, ago. 2006.

LÖVDÉN, M.; GHISLETTA, P.; LINDENBERGER, U. Social Participation Attenuates Decline in Perceptual Speed in Old and Very Old Age. *Psychology and Aging*, v. 20, n. 3, p. 423-434, 2005.

LOWENSTEIN, A. Solidarity-conflict and ambivalence: Testing two conceptual frameworks and their impact on quality of life for older family members. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, v. 62, n. 2, p. 100-107, 2007.

LUCHESE, B. M. *Crianças que convivem com idosos: atitudes em relação à velhice e percepção sobre demência*. Dissertação de Mestrado. São Carlos: UFSCar, 2011, 192p.

MACHADO, J. C. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 14, n. 2. p. 109-121, 2011.

MACHADO, J. C. et al. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 10, n. 4, p. 592-605, 2007.

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

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz*, Rio Claro, v.16 n.4, p.1024-1032, out./dez. 2010.

MACEDO, D. O et al. Lugar do Afeto, o Afeto pelo Lugar: O que Dizem os Idosos? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 24, n. 4, p. 441-449, out-dez, 2008.

MAGASI, S. R.; HEINEMANN, A. W.; WHITENECK, G. G. Participation Following Traumatic Spinal Cord Injury: An Evidence-Based Review for Research. *J Spinal Cord Med.*, v. 31, p. 145–156, 2008.

MAIA, F. de O. M. et al. Risk factors for mortality among elderly people. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1-7, dez. 2006.

MAROCO, J. *Análise estatística com o SPSS Statistics 6ª edição*. Portugal. Editora: Reportnumber, 2014. 990p.

MARTINEZ-MARTIN, P. et al. Components and determinants of quality of life in community-dwelling older adults. *Eur J Ageing*, v. 9, p. 255-263, 2012.

MARTINS, S. B.; AGUIAR, J. E. Depressão na Terceira idade: depressão é mais comum no idoso, por que? Como sair dela? *Revista Cesumar*, v. 11, n. 1, p. 101-113, jan./jun. 2006.

MARTINS, M.; COUTO, A. P. Vivências do dia-a-dia de pais com filhos deficientes. *Revista de Enfermagem Referência*, v. IV, n. 1, p. 117-124, fev./mar, 2014.

MARS, G. M. J et al. Characteristics of social participation as defined by older adults with a chronic physical illness. *Disability and Rehabilitation*, v. 30, n. 17, p. 1298-1308. 2008.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Rev Bras Med Esporte*, v. 7, n. 1, p. 1-12, Jan/Fev. 2001.

MAZO, G. Z. et al. Tendência a estados depressivos em idosos praticantes de atividade física. *Rev. Bras. Cine. Des. Hum.*, v. 7, n. 1, p. 45-49, 2005.

MAZO, G. Z. et al. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. *Rev. bras. fisioter.*, São Carlos, v. 11, n. 6, p. 437-442, nov./dez. 2007.

MAZO, G. Z. et al. Nível de atividade física de idosos longevos participantes de grupos de convivência. *BEPA*, v. 9, n. 106, p. 4-14, 2012.

MCKENNA, K.; BROOME, K.; LIDDLE, J. What older people do: Time use and exploring the link between role participation and life satisfaction in people aged 65 years and over. *Australian Occupational Therapy Journal*, v. 54, n. 4, p.273-284, dec. 2007.

MCKINNON, A. L. Time use for self care, productivity, and leisure among elderly Canadians. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, v. 59, n. 2, p. 102-110. 1992.

MEDEIROS, F. L. et al. Inclusão digital e capacidade funcional de idosos residentes em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil (EpiFloripa 2009- 2010). *Rev Bras Epidemiol*, v. 15, n. 1, p. 106-22, 2012.

MELLO, M. A. R.; MANCINI, M. C. Avaliação das atividades de vida diária e controle domiciliar. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 49-54.

MILLER, W. C.; GARDEN, J.; MORTENSON, W.B. Measurement properties of the wheelchair outcome measure in individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord*, v. 49, p. 995-1000, 2011.

MOLITERNO, A. C. M. et al. Viver em família e qualidade de vida de idosos da Universidade Aberta da Terceira Idade. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 20, n. 2, p.179-184, abr./jun. 2012.

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

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

MORAES, N. A. S. de; WITTER, G. P. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. *Boletim de Psicologia*, São Paulo, v. 57, n. 127, p. 215-238, dez. 2007.

MORAES, D. E.; CANÔAS, S. S. O conceito de “território” e seu significado no campo da atenção primária a saúde. *Revista Desenvolvimento Social*, v 1, n. 9, p. 49-57, 2013.

MOREIRA, A. G. G. et al. Atividade física e desempenho em tarefas de funções executivas em idosos saudáveis: dados preliminares. *Rev Psiq Clín.*, v. 37, n. 3, p. 109-112, 2010.

MOREIRA, R. M.; TEIXEIRA, R. M.; NOVAES, K. O. Contribuições da atividade física na promoção da saúde, autonomia e independência de idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 17, n. 1, p.201-217, 2014.

MOTA, J. et al. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Rev. bras. Educ. Fís. Esp.*, São Paulo, v.20, n.3, p.219-25, jul./set. 2006.

NAVARRO, F. M. et al. Percepção de idosos sobre a prática e a importância da atividade física em suas vidas. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), v. 29, n. 4, p. 596-603, dez. 2008.

NERI, A. L. Teorias psicológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 32-46). Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 2002.

_____. Qualidade de vida na velhice. In: REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. (Orgs.). *Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. São Paulo: Manole, 2004. cap. 1, p. 1-36.

_____. Redes de suporte social. In: Neri, A. L (Ed.), *Palavras-chave em gerontologia* (pp. 172-175). Campinas, SP: Alínea, 2005.

NERI, A. L.; VIEIRA, L. A. M. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 419-432, 2013.

_____. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A. L. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*. 8. ed. Campinas: Papyrus, 2009. cap. 1, p. 9-55.

NG, S. W.; POPKIN, B. M. Time use and physical activity: a shift away from movement across the globe. *Obes Rev.*, v. 13, n. 8, p. 659–680, 2012.

NOGUEIRA, S. L. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Rev Bras Fisioter.*, v. 14, n. 4, p. 322-329, 2010.

NOREAU, L.; FOUGEYROLLAS, P. Long-term consequences of spinal cord injury on social participation: the occurrence of handicap situations. *Disability and Rehabilitation*, v.22, n. 4, p. 170-180, 2000.

NOREAU, L.; FOUGEYROLLAS, P.; VINCENT, C. The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability*, v. 14, p. 113-118, 2002.

NOREAU, L. et al. Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disabil Rehabil*, v.26, n.6, p.346-352, mar. 2004.

NOREAU, L. et al. Measuring participation in children with disabilities using the Assessment of Life Habits. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v.49, p. 666-671, 2007.

NUNES, V. P. C. A. *Inclusão digital e sua contribuição no cotidiano de idosos: possibilidade para uma concepção multidimensional de envelhecimento*. Dissertação de mestrado. Porto Alegre: Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2006.

NYGARD, L. Instrumental activities of daily living: a stepping-stone towards Alzheimer's disease diagnosis in subjects with mild cognitive impairment? *Acta Neurologica Scandinavica*, Supplementum, Londres, v. 179, p. 42-6, 2003.

OAKLEY, F. et al. The role checklist: development and empirical assessment of reliability. *The Occupational Therapy Journal of Research*, v. 6, n. 3, p. 157-170. 1986.

OLIVEIRA, T. M. V. Amostragem não probabilística: Adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. *Administração On Line*, v. 2, n. 3, 2009.

OLIVEIRA, S. C. et al. Family functionality: A study of Brazilian institutionalized elderly individuals. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 58, n. 1, p. 170–176, 2014.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 734- 736, aug. 2006.

OLIVEIRA, K. L. de; CRUVINEL, M.; SANTOS, A. A. A. dos. Atitudes de leitura e desesperança em idosos. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 37, p. 245-254, mai./ago. 2007.

ONISHI, J. et al. A Comparison of depressive mood of older adults in a community, nursing homes, and a geriatric hospital: factor analysis of geriatric depression scale. *J Geriatr Psychiatry Neurol.*, v. 19, n. 1, p. 26-31, 2006.

ORDONEZ, T.N.; YASSUDA, M.S.; CACHIONI, M. Elderly Online: effects of a digital inclusion program in cognitive performance. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. v. 53, n. 2, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF*. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais (Org.) Coordenação de tradução de Cássia Maria Buchalla. São Paulo: Edusp, 2003. 328 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization*. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2005. 60 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

OXMAN, T. E.; FREEMAN JR, D. H.; MANHEIMER, E. D. Lack of Social Participation or Religious Strength and Comfort as Risk Factors for Death After Cardiac Surgery in the Elderly. *Psychosomatic Medicine*, v. 57, p. 5-15, 1995.

PASKULIN, L. M. G. et al. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 101-107. 2010.

PARADELA, E. M. P. *Um estudo da validade e confiabilidade da Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida em um ambulatório geral*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: UERJ, 2002. 76 p.

PARADELA, E. M. P. *Um estudo da validade e confiabilidade da Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida em um ambulatório geral*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-923, dez. 2005.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 383-391, jun. 2005.

PARROTT, T. M.; BENGTON, V. L. The Effects of Earlier Intergenerational Affection, Normative Expectations, and Family Conflict on Contemporary Exchanges of Help and Support. *Research on aging*, v. 21, n. 1, p. 73-105, jan. 1999.

PASCHOAL, S. M. P. *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP, 2000

_____. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS E. V. et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 8, p. 79-84.

PASCHOAL, S. M. P.; FRANCO, R. P.; SALLES, R. F. N. Epidemiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Tratado de Gerontologia*. 2. ed., ver. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. cap. 4, p. 39-56.

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

PAVARINI, S. C. I. et al. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n. 03, p. 326 - 335, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm

PAVARINI, S. C. I. et al. Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 17, n. 3, maio-junho. 2009.

PEREIRA, M. G.; RONCON, J. Relacionamento familiar em pessoas idosas: adaptação do Índice de Relações Familiares (IFR). *Psicologia, saúde & doenças*, v. 11, n. 1, p. 41-53, 2010.

PEREIRA R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr Rio Gd. Sul*, v. 28, n.1, p. 27-38, jan./abr. 2006.

PERES, M. A. et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 44, n. 5, p. 901-911, 2010.

PERRACINI, M. R., FLÓ, C. M. *Funcionalidade e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*, v. 19, n. 5, [09 telas], set/out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_22.pdf [acesso em 28/08/2016].

PINHO, M. X. et al. Confiabilidade e Validade da Escala de Depressão Geriátrica em Idosos com Doença Arterial Coronariana. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 94, n. 5, p.1-10, may. 2010.

PINHO, M. X., CUSTÓDIO, O., MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 12, n. 1, p.123-140, 2009.

PINSONNAULT, E. et al. Validation study of a social functioning scale: The social-SMAF (social-Functional Autonomy Measurement System). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 48, p. 40-44, 2009.

PISKUR, B. et al. Participation and social participation: are they distinct concepts? *Clinical Rehabilitation*, v. 28, n. 3, p. 211–220, 2014.

PLANTE, M. et al. Association Between Daily Activities Following Stroke Rehabilitation and Social Role Functioning Upon Return to the Community. *Top Stroke Rehabil*, v. 17, n. 1, p. 47-57, 2010.

POHJOLAINEN, P. Social participation and life-style: a longitudinal and cohort study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, v. 6, p. 109-117, 1991.

PONCE, M. S. H.; ROSAS, R. P. E.; LORCA, M. B. F. Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults. *Rev Saúde Pública*, v. 48, n. 5, p. 739-749, 2014.

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

POULIN, V.; DESROSIERS, J. Participation after stroke: comparing proxies' and patients' perceptions. *J Rehabil Med*, v.40, p.28-35, may. 2008.

POULIN, V.; DESROSIERS, J. Reliability of the LIFE-H satisfaction scale and relationship between participation and satisfaction of older adults with disabilities. *Disabil Rehabil*, v.31, n.16, p.1311-1317, out. 2009.

POWER, M. Qualidade de vida: visão geral do Projeto WHOQOL. In: FLECK, M. P. de A. (Org.). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap.4, p. 48-59.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. *Ciênc. Saúde coletiva*, v. 11, n. 2, p.211-221, apr./jun. 2006.

PRINCIPI, A. et al. Do predictors of volunteering in older age differ by health status? *Eur J Ageing*, v. 13, p. 91-102, 2016.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO [PNUD]. *Relatório de Desenvolvimento Humano 2010 - A Verdadeira Riqueza das Nações: Vias para o Desenvolvimento Humano*. Disponível em: http://www.pnud.org.br/hdr/arquivos/RDHglobais/PNUD_HDR_2010.pdf [acesso em: 23/07/2015].

_____. *Relatório do Desenvolvimento Humano 2013 - A Ascensão do Sul: Progresso Humano num Mundo Diversificado*. Disponível em: http://www.pnud.org.br/HDR/arquivos/RDHglobais/hdr2013_portuguese.pdf [acesso em: 23/07/2015].

QUADROS JUNIOR, A. C. CAMARGO, A. C.; GOBBI, L. S. Nível de escolaridade não influencia nível de atividade física em idosos. *Motriz*, Rio Claro, v.17 n.1, p.202-208, jan./mar. 2011.

RAMOS, L. R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *J Cross-Cult Gerontol.*, v.8, p. 313-323, 1993.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do Envelhecimento. In: FREITAS E. V. et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 7, p. 72-78.

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

RAMOS, E. L.; SOUZA, N. V. D. de O.; CALDAS, C. P. Qualidade de vida do idoso trabalhador. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 507-511, out./dez. 2008.

REBELLATO, C. *Relações entre papéis ocupacionais e qualidade de vida em idosos independentes, residentes na comunidade*: um estudo seccional. Dissertação de Mestrado. São Carlos: UFSCar, 2012. 239p.

REBELLATO, C.; HAYASHI, M. C. P. I. Participação social do idoso: estudo bibliométrico da produção científica recente (2010-2013). *RECIIS – Rev. Eletron. de Comun. Inf. Inov. Saúde*, v. 8, n. 3, p. 264-287, set. 2014.

REBELLATO, C. et al. Factors associated with occupational roles in older Brazilians: a cross-sectional pilot study. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v. 23, n. 3, p. 499-513, Jul/Set. 2015.

REED, G. M. et al. Operationalizing the International Classification of Functioning, Disability and Health in Clinical Settings. *Rehabilitation Psychology*, v. 50, n. 2, p.122-131, 2005.

RIBEIRO, P. C. C. et al. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 14, n. 3, p. 501-509, jul./set. 2009.

RIBEIRO, P. C. C.; YASSUDA, M. S. Cognição, estilo de vida e qualidade de vida na velhice. In: NERI, A. L (Org.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Editora Alínea, 2007. cap. 7, p. 189-204.

RICHARD, L. et al Staying connected: neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montréal, Québec. *Health Promotion International*, v. 24, n. 1, p.46-57, dec. 2008.

ROBERTS, R. E. et al. Does growing old increase the risk of depression? *Am J Psychiatry*; n.154, p.1384-139, 1997.

ROBITAILLE, A. et al. Physical activity and cognitive functioning in the oldest old: within- and between-person cognitive activity and psychosocial mediators. *Eur J Ageing*, v. 11, p. 333-147, 2014.

ROCHETTE, A.; DESROSIERS J.; NOREAU L. Association between personal and environmental factors and the occurrence of handicap situations following a stroke. *Disabil Rehabil*, v.23, n.13, p.559-569, sep. 2001.

ROCHETTE et al. Adaptation process, participation and depression over six months in first-stroke individuals and spouses. *Clinical Rehabilitation*, v. 21, p. 554-562, 2007a.

ROCHETTE et al. Changes in Participation After a Mild Stroke: Quantitative and Qualitative Perspectives. *Top Stroke Rehabil*, v.14, n. 3, p. 59-68, may-jun. 2007b.

ROCHETTE, A. et al. Study protocol of the YOU CALL - WE CALL TRIAL: impact of a multimodal support intervention after a “mild” stroke. *BMC Neurology*, v. 10, n. 3, 2010.

ROLIM, F. S. *Atividade física e os domínios da qualidade de vida e do autoconceito no processo de envelhecimento*. Dissertação de Mestrado. Campinas: UNICAMP, 2005. 84p.

ROLIM, F. S.; FORTI, V. A. M. Envelhecimento e atividade física: auxiliando na melhoria e manutenção da qualidade de vida. In: DIOGO, M. J. D. E.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Orgs.). *Saúde e qualidade de vida na velhice*. Campinas: Editora Alínea, 2009, cap. 3, p. 57- 74.

ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 777-794, 2002.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes de capacidade funcional entre idosos. *Rev 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. *Rev Saúde Pública*, v. 45, n. 2, p. 391-400, 2011.

ROY-BOUTHOT, K. et al. Modification of the assessment of life habits (LIFE-Hm) to consider personalized satisfaction with participation in activities and roles: results from a construct validity study with older adults. *Disabil. Rehabil.*, v. 36, n. 9, p. 737-743. 2014.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estud. interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SALGREN, G. *Work longer, live healthier*. London, Report, n. 46, 2013.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 3, p. 475 - 483, mar. 2009.

SANTOS, G. S, CUNHA, I. C. K. O. Capacidade funcional e sua mensuração em idosos: uma revisão integrativa. *REFACS* (online), v. 2, n. 3, p. 269-278, 2014.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I.; BARHAM, E. J. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. *Texto Contexto Enferm*, v. 20, n. 10, p. 102-110, jan-mar. 2011.

SANTOS, S. R. dos et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.10, n. 6, p. 757-764. 2002.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *RBPS*, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008

SANTOS, P. L.; FORONI, P. M.; CHAVES, M. C. F. Atividades físicas e de lazer e seu impacto sobre a cognição no envelhecimento. *Medicina* (Ribeirão Preto), v. 42, n. 1, p. 54-60, 2009.

SANTOS, C. S. et al. Avaliação da confiabilidade do Mini-Exame do Estado Mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas. *Cogitare Enferm.*, v. 15, n. 3, p. 406-412, Jul/Set. 2010.

SCHMIDT, A. E. et al. Fit for caring: factors associated with informal care provision by older caregivers with and without multimorbidity. *Eur J Ageing*, v. 13, p. 103–113, 2016.

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

SCHWARZBACH, M. et al. The relationship between social integration and depression in non-demented primary care patients aged 75 years and older. *J Affect Disord.*, v. 145, n. 2, p. 171-178, Feb. 2013.

SEEKINS, T. et al. A systematic scoping review of measures of participation in disability and rehabilitation research: A preliminary report of findings. *Disability and Health Journal*, v. 5, n. 4, p. 224-232. 2012.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004.

SEGULIN, N., DEPONTE, A. The evaluation of depression in the elderly: A modification of the geriatric depression scale (GDS). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 44, p. 105–112, 2007.

SILVEIRA, S. C.; FARO, A. C. M.; OLIVEIRA, C. L. A. Atividade física, manutenção da capacidade funcional e da autonomia em idosos: revisão de literatura e interfaces do cuidado. *Estudos interdisc. Envelhec.*, v. 16, n. 1, p. 61-77, 2011.

STELLA, F. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz*, Rio Claro, v. 8, n. 3, p. 91-98, Ago/Dez, 2002.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS [SEADE]. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) versão 2010. Análise município Araras. 2010. 2p. Disponível em: <http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/index.php> [acesso em: 03 out. 2016].

_____. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) versão 2010. Metodologia. 2013 17p. Disponível em: <http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/pdf/ipvs/metodologia.pdf> [acesso em: 03 out. 2016].

SILVA, M. P. S. *Relações entre pais e filhos na Velhice: o caso dos idosos institucionalizados no Lar S. Vicente de Paulo*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade Católica Portuguesa, 2011, 148p.

SILVA, G. E.; SANTOS, F. H. Efeitos do sedentarismo nas funções cognitivas de idosas com escolaridade intermediária. *Psico*, v. 40, n. 1, p. 81-87, jan/mar. 2009.

SILVA, I. R. da; GÜNTHER, I. de A. Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 16, n. 1, p. 31-40, jan./abr. 2000.

SILVEIRA, P. G.; WAGNER, A. Ninho cheio: a permanência do adulto jovem em sua família de origem. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 23, n. 4, p. 441-453, out/dez. 2006.

SILVEIRA, E. et al. Performance of the SF-36 Health Survey in screening for depressive and anxiety disorders in an elderly female Swedish population. *Quality of Life Research*, v. 14, p. 1263-1274, 2005. DOI 10.1007/s11136-004-7753-5

SILVERSTEIN, M.; BENGTSON, V. L. Intergenerational Solidarity and the Structure of Adult Child-Parent Relationships in American Families. *AJS*, v. 103, n. 2, p. 429-460, Sep. 1997.

SIQUEIRA, F. V. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 39-54, jan. 2008.

SOUZA, L. M. de. *Trabalho voluntário, saúde e qualidade de vida em idosos*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: UFRGS, 2007. 123 p.

SOUZA, M. S. *Estudo populacional sobre os determinantes da autopercepção de saúde em idosos residentes em comunidade Jequié*. Dissertação de mestrado. Vitória da Conquista: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2012. 56p.

SOUZA, P. S. et al. Avaliação do desempenho cognitivo em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 10, n. 1, p. 29-38, 2007.

SOWA, A. et al. Predictors of religious participation of older Europeans in good and poor health. *Eur J Ageing*, v. 13, p. 145-157, 2016.

STANLEY, M. An Investigation into the Relationship between Engagement in Valued Occupations and Life Satisfaction for Elderly South Australians. *Journal of occupational Science: Australia*, v. 2, n. 3, p.100-114, nov. 1995.

SUZUKI, M. Y.; BENTO-SILVA, T. L.; FALCÃO, D. V. S. Idosas viúvas: da perda à reorganização. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 4, p. 207-223, agosto. 2012.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. *Using Multivariate Statistics*. 6th International edition (cover) edn., 2013.

TAMAI, S. A. B. et al. Impacto de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida do idoso. *Einstein*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 8-13, jan./mar. 2011.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A.; MUNARI, D. B. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 4, p.601-606, jul. 2012.

TEIXEIRA, S. M.; RODRIGUES, V. S. Modelos de família entre idosos: famílias restritas ou extensas? *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v. 12, n. 2, p. 239-254, 2009.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, v. 41, n. 10, p. 1403-1409. 1995.

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

TORIJA, J. R. U. et al. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit.*, v. 21, n.1, p. 37-42, 2007.

TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de Vida em Idosos com Distintos Níveis de Atividade Física. *Rev Bras Med Esporte*, v. 15, n. 3, mai/jun. 2009.

TRENTINI, C. M. *Qualidade de vida em idosos*. Tese de doutorado. Porto Alegre: UFRGS, 2004, 224 p.

TSE. T. et al. Measuring Participation After Stroke: A Review of Frequently Used Tools. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v, 94, p. 177-192, 2013.

UTZ R. L. et al. The effect of widowhood on older adults' social participation: an evaluation of activity, disengagement, and continuity theories. *The Gerontologist*, v. 42, n. 4, p. 522-533, aug. 2002.

van BRAKEL, W. H. The Participation Scale: Measuring a key concept in public health. *Disability and Rehabilitation*, v. 28, n.4, p.193-203, feb. 2006.

van EXCEL, E. et al. Cognitive function in the oldest old: women perform better than men. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, v. 71, p.29-32, 2001.

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

VECHIATO, F.L.; VIDOTTI, S.A.B.G. Contribuições de Elementos do Construtivismo e da Mediação da Informação para a Inclusão Digital de Idosos. *Info & Info*. Londrina, v. 15, n. 2, p. 40 - 59, jul./dez. 2010.

VENTURA, M. de M., BOTTINO, C. M. de C. Avaliação cognitiva em pacientes idosos. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Tratado de Gerontologia*. 2. ed., ver. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. cap. 25, p. 301-321.

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

VERAS, R. P. MURPHY, E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. *Int J Geriatr Psychiatry*, v. 9, n. 4, p. 285-295, apr. 1994.

VIEIRA, A. C. S.; RAVA, P. G. S. Ninho cheio: perspectivas de pais e filhos. *Psicologia: teoria e prática*, v. 14, n. 1, p. 84-96, 2012.

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

VIEIRA, E. B., KOENING, A. M. Avaliação cognitiva. In: FREITAS E. V. et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 110, p. 921-928.

VICENTE, H. T.; SOUSA, L. Relações intergeracionais e intrageracionais: a matriz relacional da família multigeracional. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 1, p. 99-117, fev. 2012.

VICENTE, H. T.; SOUZA, L. Redes sociais pessoais das gerações mais velhas: famílias com quatro gerações vivas. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 75-98, fev.2012.

VISCOGLIOSI, C. et al. Differences in participation according to specific cognitive deficits following a stroke. *Applied Neuropsychology*, v. 18, n. 2, p.117-126, Apr. 2011.

WATSON, M. A.; AGER, C. L. The Impact of Role Valuation and Performance on Life Satisfaction in Old Age. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, v. 10, n. 1, p.27-62. 1991.

WEISBROT, M.; GIRAUDO, N. Conceptos y percepciones de las abuelas sobre el cuidado de sus nietos: estudio cualitativo en una población del Hospital Italiano de Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr* [Online], 110(2),126-31, 2012.

WHITENECK, G. G. Issues affecting the selection of participation measurement in outcomes research and clinical trials. *Arch Phys Med Rehabil*, v. 91 (9 Suppl 1), p.54-59, 2010.

WHITENECK, G. G.; DIJKERS, M. P. Difficult to measure constructs: conceptual and methodological issues concerning participation and environmental factors. *Arch Phys Med Rehabil*, v. 90 (11 Suppl 1), p. 22-35, 2009.

WILKIE, R. et al. The prevalence of person-perceived participation restriction in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, v. 15, p. 1471–1479, 2006.

WILKIE, R. et al. Factors associated with participation restriction in community-dwelling adults aged 50 years and over. *Qual Life Res*, v. 16, p. 1147–1156, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Women, ageing and health: a framework for action: focus on gender*. Geneva: World Health Organization, 2007.

XAVIER, F. M. F. et al. Elderly people's definition of quality of life. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 31-39, mar. 2003.

YAMASHIRO, J. A. *Cotidiano, práticas de apoio e intergeracionalidade em famílias de crianças com deficiência intelectual e de crianças com desenvolvimento típico: a ótica de três gerações*. Dissertação de Mestrado. São Carlos: UFSCar, 2013. 141p.

YASSUDA, M. S; ABREU, V. S. P. Avaliação cognitiva em gerontologia. In: FREITAS, et al. (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. São Paulo, SP: Guanabara Koogan, 2006, p. 1252-1259.

YORKSTON, K. M. et al. Taking part in life: enhancing participation in multiple sclerosis. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, v. 16, n. 2, p. 583-594.2005.

ZUNZUNEGUI, M. V. et al. Social Networks, Social Integration, and Social Engagement Determine Cognitive Decline in Community-Dwelling Spanish Older Adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, v.58B, n. 2, p.93-100, 2003.

APÊNDICE A - PROTOCOLO UTILIZADO PARA A COLETA DE DADOS

Mini-exame do Estado Mental

“Farei algumas perguntas para saber como está sua memória. Sabemos que com o tempo as pessoas vão tendo mais dificuldades para se lembrar das coisas. Não se preocupe com o resultado das perguntas.”

1) Qual o dia em que estamos?

- 1 () ano
- 2 () estação do ano
- 3 () mês
- 4 () dia da semana
- 5 () dia do mês

2) Onde nós estamos?

- 1 () local
- 2 () rua
- 3 () bairro
- 4 () cidade
- 5 () estado

3) Repita as palavras (um segundo para dizer cada uma, depois pergunte todas três)

- 1 () caneca
- 2 () tijolo
- 3 () tapete

Se ele não conseguir repetir as três, repita até que aprenda as três. Conte as tentativas:

4) O(A) Sr.(a) faz cálculos?

Se a resposta for SIM pergunte: Se de 100 reais forem tirados 7, quanto resta? E se tirarmos mais 7, quanto resta? (total de cinco subtrações).

- 1 () ____ (93)
- 2 () ____ (86)
- 3 () ____ (79)
- 4 () ____ (72)
- 5 () ____ (65)

Se a resposta for NÃO, peça para soletrar a palavra MUNDO de trás para frente.

- 1 () ____ O
- 2 () ____ D
- 3 () ____ N
- 4 () ____ U
- 5 () ____ M

5) Repita as palavras que disse a pouco:

- 1 () _____
- 2 () _____
- 3 () _____

6) Mostre um relógio de pulso e pergunte: o que é isso? Repita com o lápis.

- 1 () Relógio
- 2 () Lápis

7) Repita o seguinte:

- () “Nem aqui, nem ali, nem lá”

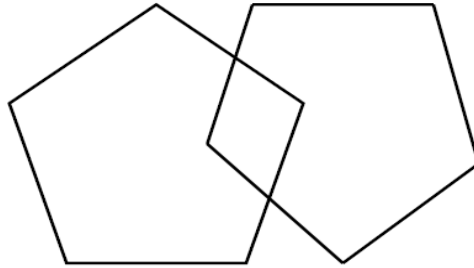
8) Siga uma ordem em três estágios:

() Tome um papel com a mão direita () Dobre-o ao meio () Ponha-o no chão

9) Leia e execute o seguinte: (cartão) “Feche os olhos” ()

10) Escreva uma frase (cartão): ()

Copie o desenho abaixo:



Total: _____ / 30

Escala de Depressão Geriátrica

01. Satisfeito(a) com a vida? (não)	
02. Interrompeu muitas de suas atividades? (sim)	
03. Acha sua vida vazia? (sim)	
04. Aborrece-se com frequência? (sim)	
05. Sente-se bem com a vida a maior parte do tempo? (não)	
06. Teme que algo ruim lhe aconteça? (sim)	
07. Sente-se alegre a maior parte do tempo? (não)	
08. Sente-se desamparado(a)com frequência? (sim)	
09. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim)	
10. Acha que tem mais problemas de memória que as outras pessoas? (sim)	
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora? (não)	
12. Vale a pena viver como vive agora? (não)	
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não)	
14. Acha que sua situação tem solução? (não)	
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim)	

TOTAL:

0 = quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.

1 = quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.

Total > 5 = suspeita de depressão

Escala de Atividades Básicas de Vida Diária - Katz

Atividade	Sim	Não
Banho Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para parte do corpo	1	0
Vestir-se Pega as roupas e se veste sem ajuda (exceto amarrar sapatos)	1	0
Higiene pessoal Vai ao banheiro, usa o banheiro veste-se e retorna sem ajuda (pode usar andador ou bengala)	1	0
Transferência Deitar, sentar e levantar sem auxílio (pode usar andador ou bengala).	1	0
Continência Controla completamente urina e fezes	1	0
Alimentação Come sem ajuda (exceto cortar carne ou passar manteiga no pão)	1	0

Pontuação:

6 pontos: independente

4 pontos: dependência parcial

2 pontos: dependência importante

Caracterização dos participantes

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Local: () domicílio () PSF _____

1 DADOS DEMOGRÁFICOS

1.1 Naturalidade: _____ 1.2 Gênero: () Masculino () Feminino

1.3 Data de Nascimento: _____ 1.4 Idade: _____

1.5 Estado Civil: () Solteiro (nunca se casou) () Casado/União Consensual
() Separado/Disquitado/Divorciado () Viúvo

1.6 Religião: () sem religião () católica () evangélica () espírita () outra: _____

1.7 Arranjo Familiar: () Mora sozinho () Mora acompanhado (com quem? _____)

1.8 Possui filhos: () sim () não Número de filhos: ____ / ____ M () ____ F () ____

1.8a Em geral, como você avaliaria seu relacionamento com os seus filhos neste momento de sua vida?

1	2	3	4	5	6
Nada bom	Não muito bom	+ ou - bom	Razoavelmente bom	Muito bom	Totalmente bom

1.8b Em geral, como você avaliaria a comunicação com os seus filhos neste momento de sua vida? (troca de idéias ou as conversar sobre coisas que realmente preocupam você neste momento de sua vida)

1	2	3	4	5	6
Nada bom	Não muito bom	+ ou - bom	Razoavelmente bom	Muito bom	Totalmente bom

1.8c Em geral, suas opiniões e valores sobre a vida são parecidos com os seus filhos neste momento da vida?

1	2	3	4	5	6
Nada	Pouco	+ ou - parecidas	Razoavelmente	Muito	Totalmente

1.9d Em geral, quanto de conflitos e tensões existem entre você e seus filhos neste momento da vida?

1	2	3	4	5	6
Nenhum	Baixo	Médio	Razoável	Muito	Total

1.8e Em geral, quanto você acha que os seus filhos o (a) compreende neste momento de sua vida?

1	2	3	4	5	6
Nada bem	Não muito bem	+ ou - bem	Razoavelmente bem	Muito bem	Totalmente bem

1.8f Em geral, quanto você acha que seus filhos são críticos com você neste momento de sua vida?

1	2	3	4	5	6
Nada crítico	Pouco crítico	+ ou - crítico	Razoavelmente	Muito	Totalmente crítico

1.9 Possui netos: sim não Número de netos: ____ / ____ M (), ____ F ()

1.10 Situação Habitacional: casa própria alugada cedida outro _____

1.11 Local da residência: central intermediária periferia

1.12 Endereço: _____

1.13 Em geral, o quanto você está satisfeito (a) com as condições do local onde você mora?
(considerando a estrutura física e de estabelecimentos do bairro)

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito satisfeito

2 DADOS SOCIOECONÔMICOS

2.1 Escolaridade: Anos de estudo _____ médio incompleto - 9 a 11 anos

analfabeto - não freqüentou a escola médio completo - 12 anos de estudo

Alfabetização de adultos - 1 a 3 anos superior incompleto - + de 12 anos

fundamental incompleto - 4 a 7 anos superior completo - + de 12 anos

fundamental completo - 8 anos de estudo outros _____

2.2 Situação Ocupacional:

Só Aposentado (- com quantos anos? _____ - há quanto tempo? _____)

(ocupação anterior: _____)

Trabalha Trabalha + aposentado

(profissão atual: _____)

Só dona de casa Pensionista _____

2.3 Fontes de renda: Aposentadoria Pensão Aluguel (renda) ou aplicações bancárias

Ajuda de familiares e outras pessoas Ajuda pública

Oferece ajuda (a quem? _____) Outro _____

2.4 Valor da renda: menos que 1 SM 1 a 3 SM 3 a 5 SM 5 ou mais SM

3 DADOS SOBRE O ENVELHECIMENTO

3.1 Doenças referidas: sem doenças diabetes hipertensão problemas cardíacos

problemas de coluna artrite ou reumatismo dores generalizadas depressão

outras _____

3.2 Possui plano de saúde: Não Sim Qual: _____

3.3 Possui a pratica de atividade física: Não Sim /Frequência: _____ Quais: _____

leve moderada intensa

3.4 Como está a sua saúde?				
1	2	3	4	5
Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Ruim

3.5. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?				
1	2	3	4	5
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito satisfeito

3.6. Como você avalia sua qualidade de vida?				
1	2	3	4	5
Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa