

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
TERAPIA OCUPACIONAL**

CAROLINA REBELLATO

**RELAÇÕES ENTRE PAPÉIS OCUPACIONAIS E QUALIDADE DE
VIDA EM IDOSOS INDEPENDENTES, RESIDENTES NA
COMUNIDADE: UM ESTUDO SECCIONAL**

São Carlos - SP

2012

CAROLINA REBELLATO

**RELAÇÕES ENTRE PAPÉIS OCUPACIONAIS E QUALIDADE DE
VIDA EM IDOSOS INDEPENDENTES, RESIDENTES NA
COMUNIDADE: UM ESTUDO SECCIONAL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Carlos, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Oishi

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Luisa Guillaumon Emmel

São Carlos - SP

2012

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

R291rp

Rebellato, Carolina.

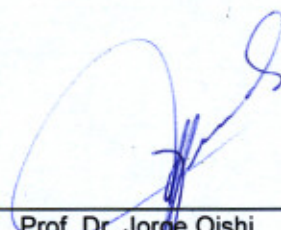
Relações entre papéis ocupacionais e qualidade de vida em idosos independentes, residentes na comunidade : um estudo seccional / Carolina Rebellato. -- São Carlos : UFSCar, 2012.
239 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

1. Terapia ocupacional. 2. Papel social. 3. Idosos. 4. Qualidade de vida. 5. Envelhecimento. I. Título.

CDD: 615.8515 (20^a)

FOLHA DE APROVAÇÃO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DA ALUNA
CAROLINA REBELLATO, DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM 27 DE
FEVEREIRO DE 2012.



Prof. Dr. Jorge Oishi
Orientador e Presidente
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar



Profa. Dra. Maria Helena Morgani de Almeida
Universidade de São Paulo / USP



Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Homologado na CPG-PPGTO na
____ª. Reunião no dia
____/____/____

A Deus por iluminar e guiar meu caminho,
Aos meus pais pelo estímulo e confiança,
Ao meu marido pelo apoio e colaboração,
Aos meus queridos filhos pela fonte de inspiração.

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo eterno incentivo, colaboração e apoio.

À União dos Aposentados de Araras – UNIAPA pela oportunidade de realização da pesquisa com os associados, em especial à colaboração do Sr. Sérgio Accica.

Aos idosos e seus familiares pela confiança e dedicação de tempo que possibilitaram a realização deste estudo.

Ao Professor Jorge Oishi que, com sua sabedoria, apontou sempre de forma amigável a importância de compreender as reais necessidades e interesses dos idosos para a concretização de um verdadeiro trabalho de pesquisa.

À Professora Maria Luisa G. Emmel que possibilitou valorosa oportunidade de aprendizado, pautado na confiança, valorização do trabalho e amizade.

À Professora Thelma pelo reconhecimento e colaboração no aprofundamento teórico da pesquisa, apoio e, sobretudo, inspiração acadêmica.

À Maria Helena Morgani de Almeida pela eterna amizade, carinho, empenho e tempo despendido para o auxílio no enriquecimento do estudo.

À Paula Costa Castro pela colaboração técnica na análise estatística dos dados e, especialmente, companheirismo, solidariedade e amizade.

À Luciana Bolzan Agnelli pela parceria nos estudos, apoio incondicional, exemplo de pessoa digna e profissional competente e, principalmente, amizade.

Às Professoras Iracema Serrat Vergotti Ferrigno e Maria Auxiliadora Cursino Ferrari pela disponibilidade em participarem da banca examinadora como membros suplentes e, notadamente, pela importância que possuem para a terapia ocupacional.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional e colegas de turma do mestrado que, com a troca de experiências e conhecimento, incentivaram e contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.

A Junia Cordeiro que, com sua competência profissional e caráter admirável, auxiliou na construção desta pesquisa.

Aos colegas terapeutas ocupacionais que, de forma direta e indireta, auxiliam na construção e desenvolvimento do trabalho.

À CAPES pelo apoio financeiro.

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

À todos, muito obrigado!

"Ser velho é uma vantagem que
chega um pouco tarde;
a única maneira de aproveitar essa
vantagem é não guardar para si,
e sim compartilhar"

Fala da personagem vivida por Beatriz Segall no espetáculo "Conversando com Mamãe", com texto de Santiago Carlos Oves, versão teatral de Jordi Galceran e tradução de Pedro Freire, sob a direção de Susana Garcia.

RESUMO

A Gerontologia aponta a preocupação em compreender o envelhecimento, e suas conseqüências, visando propor políticas específicas para idosos. Considerando as diretrizes da política de envelhecimento ativo, associadas ao escopo teórico e prático da Terapia Ocupacional é de fundamental importância conhecer os papéis ocupacionais ao longo da vida, a fim de promover saúde e bem-estar. O objetivo deste estudo foi verificar a existência de relação entre os papéis ocupacionais e a qualidade de vida em idosos residentes na comunidade. Para isso foi realizado estudo exploratório, descritivo, correlacional, seccional, com abordagem quantitativa. Foram envolvidos no estudo indivíduos, residentes na comunidade, com idades entre 70 e 84 anos. Os critérios de exclusão consistiram em apresentar limitações que impossibilitassem a comunicação, apresentar comprometimento cognitivo, pelo *Mini Exame do Estado Mental – MEEM*, e dependência nas atividades básicas da vida diária, pela *Escala de Katz*. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos padronizados: *Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens - EDG – 15*; *Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais*; *World Health Organization Quality of Life Instrument Bref - WHOQOL-BREF* e *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults - WHOQOL-OLD*, além da ficha de identificação e roteiro de entrevista sobre os papéis ocupacionais. A população foi composta por 67 idosos, associados da União dos Aposentados de Araras, dos quais 33 eram homens (49,3%) e 34 mulheres (50,7%), com média de idade de $74,6 \pm 3,7$ anos. Os dados foram inicialmente submetidos à análise estatística descritiva. Para a análise dos papéis ocupacionais foi realizada a comparação entre as variáveis categóricas, através do Teste do Qui-quadrado e do Teste Exato de Fisher. Os dados ordinais emparelhados foram analisados pelos testes estatísticos não-paramétricos de Wilcoxon e Friedman. Para as análises comparativas da qualidade de vida foram utilizados o Teste T e a Análise de Variância (ANOVA) One-Way com post-hoc de Duncan. O estudo de correlação foi realizado através do coeficiente de correlação de postos de Spearman. Os resultados demonstraram a presença de correlação de algumas variáveis dos papéis ocupacionais com a qualidade de vida, porém, com magnitudes modestas. O Padrão de desempenho *Contínuo 2*, referente ao desempenho contínuo de papéis nos tempos passado, presente e futuro, e o grau de importância *Muita Importância* se sobressaíram na correlação positiva, enquanto que, o grau de importância *Alguma importância* se destacou na correlação negativa. Os papéis ocupacionais sofreram alterações ficando evidenciada a perda de papéis entre passado e presente e entre passado e futuro, entretanto, constatou-se o interesse em

ampliar papéis no futuro. Os papéis mais desempenhados no passado foram de *Trabalhador*, *Membro de família* e *Passatempo/amador*. Os papéis desempenhados no presente e futuro foram, principalmente, os de *Passatempo/amador* e *Serviço doméstico*. Os idosos valorizam muito todos os papéis ocupacionais, exceto o de *Participante em Organizações*. Foram obtidos escores elevados de qualidade de vida, com destaque para a *Avaliação Global*, domínios *Psicológico* e *Funcionamento dos sentidos*. De modo geral, os papéis ocupacionais e a qualidade de vida estiveram associados com as variáveis demográficas e socioeconômicas, ao contrário da sintomatologia depressiva. Houve baixa prevalência de sintomatologia depressiva e não foi verificada associação desse transtorno com o desempenho dos papéis ocupacionais nos tempos passado, presente e futuro, contudo, foi constatado forte relação com a qualidade de vida. A principal limitação do estudo envolveu a composição específica da amostra. O estudo permitiu vislumbrar a diversidade e complexidade da participação dos idosos na sociedade, contribuindo para o conhecimento de sua carreira ocupacional e impacto na qualidade de vida. Outros estudos são sugeridos para o aprofundamento teórico e empírico, visando o acompanhamento de tendências e trajetórias do envelhecimento.

Palavras-chave: Papéis Ocupacionais. Idosos. Qualidade de vida. Envelhecimento social. Envelhecimento ativo. Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupação Humana.

ABSTRACT

The Gerontology points out to the worry about understanding the aging process and its consequences aiming at proposing specific politics for the old. Considering the guidelines of the politics of active aging, associated with the theoretical and practical scope of Occupational Therapy, it is of great importance to know the occupational roles throughout one's life in order to promote health and well-being. The objective of this study was to verify the existence of the relationship between the occupational roles and the quality of life among the old living in community. In order to do so, an exploratory descriptive correlational and sectional study with a quantitative approach was carried out. The subjects of this study were individuals aged between 70 and 80 years old living in community. The criteria of exclusion consisted of presenting limits which did not allow impeded communication, cognitive impairments (Mini-Mental State Exam - *MEEM*) and dependency on the basic activities of daily living (*Katz Scale*). For the data collection, the following instruments were used: *Geriatric Depression Scale with 15 items (GDS-15)*, *Role Checklist*, *World Health Organization Quality of Life Instrument Bref (WHOQOL-BREF)* and *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD)*, besides the identification form and the interview script about occupational roles. The population was composed of 67 old people, associate members of Union of Retirees of Araras, from which 33 were men (49,3%) and 34 were women (50,7%), aged in average $74,6 \pm 3,7$ years old. The data was initially submitted to a descriptive statistical analysis. For the analysis of the occupational roles a comparison between the categorical variables was drawn, through Chi-Square Test and Fisher's Exact Test. The matched ordinal data was analyzed through the non-parametrical statistical *Tests of Wilcoxon and Friedman*. For the comparative analyses of the quality of life the *T Test* and the (*ANOVA*) *One-Way with post-hoc of Duncan* were used. The correlation study was carried out through the correlation coefficient of Spearman. The results show correlation between some variables of the occupational roles and the quality of life, however, with modest magnitude. The standard of performance *Continuous 2*, referring to the continuous performance of roles in the past, present and future, and the rate of importance *Very Valuable* stood out in the positive correlation while the rate of importance *Somewhat Valuable* stood out in the negative correlation. The occupational roles went through some alterations, being evident the loss of roles between past and present and past and future; although it could be perceived an interest in broaden roles in the future. The most performed roles in the past were *Worker*, *Family member* and *Hobbyist/amateur*. The most performed roles in the present and in the future

were mainly *Hobbyist/amateur* and *Home maintainer*. The old value all the occupational roles, except for *Participant in Organizations*. High scores in quality of life were obtained, highlighting *Global Assessment*, *Psychological* domains and *Sensory Ability*. On the whole, occupational roles and quality of life were associated with demographic and socio-economic variables, contrary to depressive symptoms. There was low prevalence of depressive symptoms and also it could not be perceived an association of this disorder in the occupational roles in the past, present and future, although a strong correlation with quality of life can be verified. The most important limitation of this study may be the specific composition of the sample. However, it promoted a glimpse at the diversity and the complexity of the participation of the old in society, contributing, this way, to the knowledge of their occupational carrier and the impact in the quality of life. Further research may be suggested for a theoretical and empirical depth, aiming to follow the tendencies and trajectories of the aging process.

Keywords: Occupational Roles. Elderly. Quality of life. Social Aging. Active Aging. Occupational Therapy. Model of Human Occupation

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.5.1 - Sistema Aberto Humano.....	40
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.3.1 - Indicadores econômicos e sociais da cidade de Araras/SP.....	58
Tabela 3.4.5.1 - Padrões de Desempenho de Papéis Ocupacionais.....	66
Tabela 4.1.1 - Distribuição por idade e gênero dos idosos pré-selecionados através da ficha de cadastro de associados da UNIAPA.....	76
Tabela 4.1.2 - Distribuição por gênero e idade de recusas, perdas e exclusão de sujeitos (n = 136).....	77
Tabela 4.2.1 - Valores dos instrumentos MEEM e Escala de Katz (n = 67).....	78
Tabela 4.3.1 - Caracterização demográfica e socioeconômica dos idosos estudados (n = 67).....	79
Tabela 4.3.2 - Distribuição do estado civil por gênero (n = 67).....	80
Tabela 4.3.3 - Distribuição da escolaridade por gênero (n = 67).....	80
Tabela 4.3.4 - Distribuição da renda por gênero (n = 67).....	81
Tabela 4.3.5 - Distribuição da fonte de renda (n = 67).....	81
Tabela 4.3.6 - Distribuição dos idosos pela forma de trabalho.....	82
Tabela 4.3.7 - Distribuição dos idosos pelo arranjo familiar (n = 67).....	82
Tabela 4.3.8 - Distribuição dos idosos que moram com 1 pessoa pelo tipo de companhia (n = 47).....	83
Tabela 4.3.9 - Características de saúde dos idosos estudados (n = 67).....	83
Tabela 4.3.10 - Valores da EDG-15 segundo o grupo de idosos com e sem sintomatologia depressiva.....	84
Tabela 4.3.11 - Caracterização dos idosos segundo a sintomatologia depressiva (n = 67).....	85
Tabela 4.3.12 - Quantidade de doenças segundo o grupo de idosos.....	86
Tabela 4.3.13 - Frequência de prática de atividade física (n = 37).....	86
Tabela 4.3.14 - Distribuição dos idosos pela percepção de saúde, engajamento ativo na vida e felicidade (n = 67).....	87
Tabela 4.4.1 – Valores dos papéis ocupacionais no passado, presente e futuro (n = 67).	88
Tabela 4.4.2 - Distribuição dos papéis ocupacionais ao longo do tempo (n = 67).....	89

Tabela 4.4.3 - Distribuição dos papéis ocupacionais segundo a escolha, qualidade, dificuldades e benefícios do desempenho no tempo presente (n = 67).....	90
Tabela 4.4.4 - Frequência dos benefícios (n = 67).....	91
Tabela 4.4.5 - Frequência das dificuldades agrupadas por áreas (n = 67).....	92
Tabela 4.4.6 - Atividades de passatempo / amador (n = 67).....	95
Tabela 4.4.7 - Distribuição do grau de importância dos papéis ocupacionais (n = 67)....	96
Tabela 4.4.8 - Distribuição do padrão de desempenho de papéis ocupacionais (n = 67).	97
Tabela 4.5.1 - Valores dos papéis ocupacionais no passado, presente e futuro associados com as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde (n = 67).....	100
Tabela 4.5.2 – Ocorrência de mudança no desempenho ocupacional do idoso ao longo do tempo, a partir da ótica de cada variável demográfica, socioeconômica e de saúde...	113
Tabela 4.5.3 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e o gênero.....	114
Tabela 4.5.4 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e o gênero.....	115
Tabela 4.5.5 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e o gênero.....	116
Tabela 4.5.6 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e a idade.....	117
Tabela 4.5.7 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e a idade.....	118
Tabela 4.5.8 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e a idade.....	119
Tabela 4.5.9 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e o estado civil.....	120
Tabela 4.5.10 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e o estado civil..	121
Tabela 4.5.11 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e o estado civil.....	122
Tabela 4.5.12 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e a escolaridade.	123
Tabela 4.5.13 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e a escolaridade.	124
Tabela 4.5.14 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e a escolaridade....	125
Tabela 4.5.15 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e a renda.....	126
Tabela 4.5.16 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e a renda.....	127
Tabela 4.5.17 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e a renda.....	128
Tabela 4.5.18 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e a situação ocupacional.....	129

Tabela 4.5.19 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e a situação ocupacional.....	130
Tabela 4.5.20 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e a situação ocupacional.....	131
Tabela 4.5.21 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e o arranjo familiar.....	132
Tabela 4.5.22 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e o arranjo familiar.....	133
Tabela 4.5.23 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e o arranjo familiar.....	134
Tabela 4.5.24 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e sintomatologia depressiva.....	135
Tabela 4.5.25 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e sintomatologia depressiva.....	136
Tabela 4.5.26 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e sintomatologia depressiva.....	137
Tabela 4.5.27 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e presença de doenças.....	138
Tabela 4.5.28 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e presença de doenças.....	139
Tabela 4.5.29 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e presença de doenças.....	140
Tabela 4.5.30 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e atividade física	141
Tabela 4.5.31 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e atividade física.....	142
Tabela 4.5.32 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e atividade física...	143
Tabela 4.5.33 - Fatores associados com os papéis ocupacionais ao longo do tempo.....	144
Tabela 4.5.34 - Papéis ocupacionais associados aos grupos estudados de cada variável no tempo passado.....	144
Tabela 4.5.35 - Papéis ocupacionais associados aos grupos estudados de cada variável no tempo presente.....	145
Tabela 4.5.36 - Papéis ocupacionais associados aos grupos estudados de cada variável no tempo futuro.....	145
Tabela 4.6.1- Valores dos escores de qualidade de vida (n = 67).....	146

Tabela 4.7.1 - Escores médio do WHOQOL-BREF associado com as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde (n = 67).....	149
Tabela 4.7.2 - Escores médio do WHOQOL-OLD associado com as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde (n = 67).....	150
Tabela 4.8.1 - Correlação das variáveis dos papéis ocupacionais com a qualidade de vida (valores de R significativos com p = 0,05)*.....	160

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 4.3.1 - Percentual da percepção de saúde, engajamento ativo e felicidade (n = 67).....	87
Gráfico 4.4.1 - Valores dos papéis ocupacionais no passado, presente e futuro (n = 67).	88
Gráfico 4.4.2 - Distribuição dos papéis ocupacionais dos idosos estudados (n = 67).....	90
Gráfico 4.4.3 - Distribuição do grau de importância dos papéis ocupacionais (n = 67)...	96
Gráfico 4.4.4 - Distribuição do padrão de desempenho de papéis ocupacionais (n = 67)	98
Gráfico 4.5.1 - Valores dos papéis ocupacionais dos homens (n = 33).....	101
Gráfico 4.5.2 - Valores dos papéis ocupacionais das mulheres (n = 34).....	101
Gráfico 4.5.3 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos de 70-74 anos (n = 37).....	102
Gráfico 4.5.4 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos de 75-79 anos (n = 19).....	102
Gráfico 4.5.5 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos de 80-84 anos (n = 11).....	103
Gráfico 4.5.6 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos casados (n = 47).....	103
Gráfico 4.5.7 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos não casados (n = 20).....	104
Gráfico 4.5.8 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos com 0 a 3 anos de estudo (n = 15).....	104
Gráfico 4.5.9 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos com 4 a 7 anos de estudo (n = 33).....	105
Gráfico 4.5.10 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos com mais de 8 anos de estudo (n = 19).....	105
Gráfico 4.5.11 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos com renda de até 3 salários mínimos (n = 39).....	106
Gráfico 4.5.12 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos com renda de 3 a 5 salários mínimos (n = 15).....	106
Gráfico 4.5.13 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos com renda acima de 5 salários mínimos (n = 13).....	107
Gráfico 4.5.14 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos ativos (n = 17).....	107
Gráfico 4.5.15 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos inativos (n = 50).....	108
Gráfico 4.5.16 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos que moram sozinhos (n = 8).....	108

Gráfico 4.5.17 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos que não moram sozinhos (n = 59).....	109
Gráfico 4.5.18 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos sem sintomatologia depressiva (n = 60).....	109
Gráfico 4.5.19 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos com sintomatologia depressiva (n = 7).....	110
Gráfico 4.5.20 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos que não referem doenças (n = 27).....	110
Gráfico 4.5.21 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos que referem doenças (n = 40).....	111
Gráfico 4.5.22- Valores dos papéis ocupacionais dos idosos que praticam atividade física (n = 37).....	111
Gráfico 4.5.23 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos que não praticam atividade física (n = 30).....	112
Gráfico 4.6.1 - Escore médio do WHOQOL-BREF (n = 67).....	147
Gráfico 4.6.2 - Escore médio do WHOQOL-OLD (n = 67).....	148
Gráfico 4.7.1 - Escores do domínio Funcionamento dos sentidos em relação ao estado civil.....	151
Gráfico 4.7.2 - Escores do domínio Meio ambiente em relação a escolaridade.....	152
Gráfico 4.7.3 - Escores do domínio Meio ambiente em relação a renda.....	152
Gráfico 4.7.4 - Escores do domínio Morte e Morrer em relação a renda.....	153
Gráfico 4.7.5 - Escores da avaliação Global em relação a situação ocupacional.....	153
Gráfico 4.7.6 - Escores do domínio Autonomia em relação ao arranjo familiar.....	154
Gráfico 4.7.7 - Escores da avaliação Global em relação a EDG-15.....	155
Gráfico 4.7.8 - Escores do domínio Físico em relação a EDG-15.....	155
Gráfico 4.7.9 - Escores do domínio Psicológico em relação a EDG-15.....	156
Gráfico 4.7.10 - Escores do domínio Relações sociais em relação a EDG-15.....	156
Gráfico 4.7.11 - Escores do domínio Meio ambiente em relação a EDG-15.....	157
Gráfico 4.7.12 - Escores do domínio Autonomia em relação a EDG-15.....	157
Gráfico 4.7.13 - Escores do domínio Atividades passadas, presentes e futuras em relação a EDG-15.....	158

Gráfico 4.7.14 - Escores do domínio Participação social em relação a EDG-15.....	158
Gráfico 4.7.15 - Escores do domínio Intimidade em relação a EDG-15.....	159
Gráfico 4.7.16 - Escores da avaliação Geral OLD em relação a EDG-15.....	159

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	20
1.1	Envelhecimento.....	20
1.2	Qualidade de vida.....	26
1.3	Qualidade de vida na velhice.....	29
1.4	Papéis ocupacionais.....	34
1.5	Modelo de Ocupação Humana.....	37
1.6	Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.....	42
1.7	Papéis ocupacionais na velhice.....	45
1.8	A relação entre os papéis ocupacionais e a qualidade de vida na velhice.....	53
2	OBJETIVO.....	55
2.1	Objetivo Geral.....	55
2.2	Objetivos específicos.....	55
3	MÉTODO.....	56
3.1	Delineamento.....	56
3.2	Participantes.....	56
3.3	Contexto.....	57
3.4	Instrumentos.....	59
3.4.1	Mini-Exame do Estado Mental – MEEM.....	59
3.4.2	Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens - EDG-15.....	60
3.4.3	Escala de Katz.....	61
3.4.4	Ficha de identificação.....	62
3.4.5	Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.....	62
3.4.6	Roteiro de entrevista sobre os papéis ocupacionais.....	67
3.4.7	WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.....	68
3.5	Procedimentos.....	72
3.6	Tratamento estatístico dos dados.....	73
3.7	Aspectos éticos.....	74
4	RESULTADOS.....	76
4.1	Idosos pré-selecionados e excluídos.....	76
4.2	Escore dos instrumentos aplicados para exclusão.....	78
4.3	Características demográficas, socioeconômicas e de saúde.....	78
4.4	Papéis ocupacionais.....	87

4.5	Papéis ocupacionais e dados demográficos, socioeconômicos e de saúde.....	99
4.6	Qualidade de vida.....	146
4.7	Qualidade de vida e dados demográficos, socioeconômicos e de saúde.....	148
4.8	Relações entre papéis ocupacionais e qualidade de vida.....	160
5	DISCUSSÃO.....	163
5.1	Idosos pré-selecionados e excluídos.....	163
5.2	Escore dos instrumentos aplicados para exclusão.....	164
5.3	Características demográficas, socioeconômicas e de saúde.....	164
5.4	Papéis ocupacionais.....	168
5.5	Papéis ocupacionais e dados demográficos, socioeconômicas e de saúde.....	179
5.6	Qualidade de vida.....	183
5.7	Qualidade de vida e dados demográficos, socioeconômicos e de saúde.....	186
5.8	Relações entre papéis ocupacionais e qualidade de vida.....	188
5.9	Limitações do estudo e futuras pesquisas.....	190
6	CONCLUSÃO.....	192
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	195
	APÊNDICE A - Ficha de Identificação.....	218
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista sobre os papéis ocupacionais.....	220
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	221
	ANEXO A - Projetos clínicos e de pesquisa sobre papéis ocupacionais desenvolvidos e informados no Brasil.....	223
	ANEXO B - Mini-Exame do Estado Mental - MEEM.....	225
	ANEXO C - Escala de Depressão Geriátrica - EDG-15.....	227
	ANEXO D - Escala de Katz.....	228
	ANEXO E - Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.....	229
	ANEXO F - WHOQOL-BREF.....	231
	ANEXO G - WHOQOL-OLD.....	233
	ANEXO H - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	237

1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial incontestável. Isto significa um crescimento mais elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; CAMARANO, 2002; PELÁEZ, 2003; CARVALHO; GARCIA, 2003; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005; PEDRAZZI; RODRIGUES; SCHIAVETO, 2007; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010, 2011).

A transição demográfica é, predominantemente, resultante da persistente redução das taxas de fecundidade, iniciada no começo da década de 60, e da mortalidade (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987; BERQUÓ, 1996; CHAIMOWICZ, 1997; CAMARANO, 2002; RAMOS, 2002; CARVALHO; GARCIA, 2003; WONG; CARVALHO, 2006; BANCO INTERNACIONAL PARA A RECONSTRUÇÃO E O DESENVOLVIMENTO, 2011; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009, 2011). Muito embora a baixa fecundidade e mortalidade sejam os principais componentes da dinâmica demográfica, é a longevidade, decorrente dos avanços científicos e tecnológicos, que vem progressivamente definindo seus traços de evolução (RAMOS, 2002; PAPALÉO NETTO, 2007a; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

No Brasil, a média da expectativa de vida ao nascer é de, aproximadamente, 73 anos (BANCO INTERNACIONAL PARA A RECONSTRUÇÃO E O DESENVOLVIMENTO, 2011) e o número de idosos ultrapassa os 20 milhões, correspondendo a 10,8% do total da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Estima-se que para os próximos 15 anos a população acima dos 60 anos poderá exceder 32 milhões de pessoas, chegando a representar quase 13% da população em 2024 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). Por ocorrer de forma vertiginosa, essa transição se faz sem um preparo adequado, acarretando problemas nos âmbitos da saúde, político, social, demográfico e cultural (VERAS, 2009). É preciso levar em conta que essas mudanças se dão num contexto nacional de acentuada desigualdade social, pobreza e de fragilidade de instituições (VERAS, 2009).

Alguns autores lembram que poucos problemas têm merecido tanta atenção e preocupação do homem como o envelhecimento e as implicações desse processo (LEME, 1996; FREITAS et al., 2002). Essa preocupação tem motivado diversos estudos na área, mas

ainda é necessária uma reflexão teórico-conceitual a respeito das concepções que envolvem a velhice.

Alguns pesquisadores afirmam que o envelhecimento é caracterizado de diferentes formas, de acordo com a área de estudo (NERI; DEBERT, 1999). No entanto, os conceitos são convergentes ao descreverem como um processo historicamente construído, contínuo, dinâmico e heterogêneo, que sofre influência de uma pluralidade de aspectos objetivos e subjetivos.

No mesmo sentido, outros estudiosos do envelhecimento humano destacam que a qualidade de vida na velhice e a sua avaliação sofrem os efeitos de numerosos fatores, tanto objetivos quanto subjetivos, que estão em interação constante ao longo da trajetória de vida do indivíduo (PASCHOAL, 2000, 2002; NERI, 2000, 2009; SANTOS et al., 2002; IRIGARAY; TRENTINI, 2009).

Para Lima, Silva e Galhardoni (2008, p. 796) “enquanto o envelhecimento se define como processo sociovital multifacetado ao longo de todo o curso da vida, a velhice denota o estado de “ser velho””.

De forma didática, estudos recentes apreendem o envelhecimento a partir da análise de quatro domínios interligados: cronológico, biológico, psicológico e social (PAPALÉO NETTO, 2002, 2007b; QUEIROZ; PAPALÉO NETTO, 2007; MCLNTYRE; ATWAL, 2007; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

A Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) definem o idoso pelo limite etário, no caso, a pessoa com 60 anos de idade ou mais, apesar de compreenderem a heterogeneidade entre os indivíduos. Além do uso legal do critério cronológico, os trabalhos científicos também adotam a idade como um marcador, devido à dificuldade de se estabelecer o início do processo de envelhecimento (PAPALÉO NETTO, 2002, 2007b, c).

Nos países em desenvolvimento consideram-se como idosas as pessoas com 60 anos ou mais (BRASIL, 2003; NERI, 2008). Esse intervalo etário é bastante amplo, assim é comum desagregar esse segmento populacional em dois subgrupos: dos 60 a 79 anos e de 80 anos ou mais, chamados ainda de “idosos” e “idosos muito idosos” ou “terceira idade” e “quarta idade”, respectivamente (CALDAS, 2007; NERI, 2008).

Outros estudiosos subdividem a população idosa em três, ao invés de dois subgrupos: aqueles que estão entrando na velhice, aqueles que estão na transição entre a

velhice saudável e fragilidade e as pessoas idosas frágeis; ou ainda em “idosos jovens”, “idosos velhos” e os “idosos mais idosos”. O termo “idosos jovens” geralmente se refere às pessoas de 65 a 74 anos, que costumam estar ativas; os “idosos velhos” de 75 a 84 anos, e os “idosos mais velhos” de 85 anos ou mais, que são aqueles que têm maior tendência à dependência funcional, devido às próprias características do envelhecimento ou por enfermidades (ROSA et al., 2003; LEBRÃO; LAURENTI, 2005; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006 apud SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Alguns autores asseguram que a heterogeneidade desse segmento extrapola a da composição etária, dada as diferentes trajetórias de vida experimentada pelos idosos (ROWE; KAHN, 1987; CAMARANO, 2002; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Portanto, é essencial que o aspecto cronológico tenha seu entendimento ampliado a outras esferas.

O domínio biológico é definido pelo declínio das funções e estruturas corporais ao longo do desenvolvimento humano (PAPALÉO NETTO, 2002, 2007b; MCLNTYRE; ATWAL, 2007; CALDAS, 2007; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Entretanto, discute-se ainda se o início desse processo ocorre a partir do nascimento, no final da terceira década de vida ou próximo do final da existência humana (PAPALÉO NETTO, 2002, 2007b; MCLNTYRE; ATWAL, 2007).

De qualquer forma, a literatura estabelece que o tempo e o ritmo de declínio das funções e estruturas corporais e mentais variam não só de um órgão ou tecido para outro, mas, também, de idoso para idoso da mesma faixa etária por sofrer influência de fatores externos e internos (PIRES; SILVA, 2001; MCLNTYRE; ATWAL, 2007; FERREIRA et al., 2010).

O conceito de envelhecimento psicológico pode ser empregado em dois sentidos. O primeiro refere-se à relação que existe entre a idade cronológica e as capacidades psicológicas, tais com a percepção, aprendizagem e memória que predizem o potencial futuro de performance do indivíduo (PAPALÉO NETTO, 2002, 2007b; CALDAS, 2007; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Por outro lado, envolve os aspectos subjetivos da pessoa, no que concerne a auto-avaliação de envelhecimento e as habilidades adaptativas frente às exigências do meio, através de características como o senso de auto-eficácia, controle emocional, estratégias de *coping*, inteligência, maturidade, sabedoria, conhecimento, experiência, resiliência, plasticidade etc. (PAPALÉO NETTO, 2002, 2007b; MCLNTYRE; ATWAL, 2007; CALDAS, 2007; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008; NERI, 2009). Ressalta-

se que esse processo pode ocorrer independentemente da faixa de idade (MCLNTYRE; ATWAL, 2007).

Por último e não menos importante, o envelhecimento social será focado com maior distinção por compor parte essencial do presente estudo. Segundo McIntyre e Atwal (2007), ele é caracterizado pela mudança de papel e relacionamentos dentro da família e trabalho, bem como pelas atitudes positivas quanto negativas nos ambientes sociais.

Muitos autores descrevem que a capacidade de adequação de um indivíduo ao desempenho de papéis varia de acordo com a idade, gênero, condições de vida e de trabalho, classe social, cultura, momento histórico, dentre outros fatores (PAPALÉO NETTO, 2002, 2007b; NERI, 2008; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

As duas principais teorias sociológicas que, apesar de polêmicas e antigas, impulsionaram as pesquisas internacionais em gerontologia são: a teoria do desengajamento e a teoria da atividade. Ambas compõem, até o presente momento, um dos fundamentos do saber teórico na área, influenciando, por vezes de forma reduzida, os estudos e intervenções. (DOLL et al., 2007; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008; NERI, 2008).

A Teoria do Desengajamento foi formulada por Cumming e Henry em 1961, baseada nos dados de uma pesquisa realizada com 279 moradores independentes de Kansas City e cidades satélites, com idades entre 50 e 90 anos. Os estudiosos observaram, de modo não sistemático, um decréscimo no número e frequência das interações sociais à medida que se envelhecia (SIQUEIRA, 2002; DOLL et al., 2007, NERI, 2008).

Essa teoria representa a primeira tentativa de explicar o processo de envelhecimento com base nas mudanças entre as relações do indivíduo e a sociedade. Propõe que o desengajamento ou o afastamento do indivíduo do seu meio social é universal, inevitável e funcional, tanto para o idoso quanto para a sociedade (SIQUEIRA, 2002; DOLL et al., 2007; CALDAS, 2007; NERI, 2008; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008; RIBEIRO et al., 2009).

A principal crítica à teoria diz respeito à ausência de se analisarem variáveis como classe social, profissão, renda, educação, *status* e envolvimento social, gênero e saúde física e psicológica no processo de desengajamento do indivíduo. Além disso, não considera a possibilidade do desengajamento social ocorrer somente em alguns domínios da vida e não em todos (SIQUEIRA, 2002; DOLL et al., 2007; NERI, 2008).

A Teoria da Atividade opõe-se diretamente a Teoria do Desengajamento, pois parte do pressuposto de que o envelhecimento bem-sucedido significa a manutenção, pelo maior tempo possível, das atividades iniciadas na meia-idade, e estas, quando necessário, são substituídas por novos papéis (SIQUEIRA, 2002; DOLL et al., 2007; CALDAS, 2007; NERI, 2008; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008; RIBEIRO et al., 2009). Portanto, aponta que a ocupação é um importante fator para a adaptação do indivíduo ao envelhecimento (CALDAS, 2007).

A proposição principal dessa teoria, publicada pela primeira vez em 1961, foi formulada por Havighurst através da análise de estudos com base empírica, entre eles o próprio estudo que fundamentou a Teoria do Desengajamento. Em 1972, a partir do estudo Lemon, Bengtson e Peterson (1972 apud DOLL et al., 2007), a teoria foi melhor sistematizada, contribuindo para o desenvolvimento de conceitos centrais, como atividade, suporte de papéis, autoconceito, mudanças de papéis e satisfação de vida (DOLL et al., 2007).

O conceito de atividade proposto pela Teoria da Atividade envolve a distinção entre três tipos: a atividade informal, a atividade formal e as atividades solitárias. A atividade informal inclui as relações sociais com parentes, amigos e vizinhos. A atividade formal aborda a participação em organizações formais, tais como associações e sociedades. Já as atividades solitárias incluem as atividades como assistir televisão, leituras ou passatempos de natureza solitária (DOLL et al., 2007).

As limitações da teoria referem-se ao uso indiscriminado do conceito atividade, ao grau de adesão na realização de atividades que preencham o tempo e a relação entre atividade e satisfação, não levando em consideração a escolha por um estilo de vida menos ativo, as vivências passadas, as condições de saúde, de bem-estar ou condições socioeconômicas (SIQUEIRA, 2002; DOLL et al., 2007; CALDAS, 2007; NERI, 2008).

Ainda dentro da Teoria da Atividade outros estudos foram desenvolvidos em diferentes países, visando à ampliação e integração dos seus conceitos com as teorias que valorizam a diversidade do envelhecimento humano (DOLL et al., 2007).

As teorias sociológicas mais atuais buscam fazer uma ponte entre os aspectos sociais, os significados culturais e individuais e as forças sociais que geram os padrões para a vida (CALDAS, 2007). Para Lima, Silva e Galhardoni (2008) a subjetividade tende a ser um bom indicador para avaliar em que medida a velhice pode ser entendida como uma etapa bem-sucedida.

A importância do engajamento social do idoso também é enfatizada no constructo de velhice bem-sucedida. Esse conceito também foi introduzido na Gerontologia por Havighurst em 1961, associado a uma importante mudança ideológica que permitiu desagregar a velhice do sinônimo de doença e inatividade (ROWE; KAHN, 1987; ALBUQUERQUE, 2005; NERI, 2008; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008; RIBEIRO et al., 2009).

Embora não exista uma definição única para velhice bem-sucedida (NERI, 2008), os dados da literatura convergem na composição dos seguintes aspectos de seu constructo: físico, emocional, pessoal e social. O aspecto social envolve o engajamento em atividades de lazer, trabalho, satisfação com a carreira, suporte social, amigos e família (RIBEIRO et al., 2009). O termo velhice bem-sucedida é alternativamente referido como velhice saudável, ativa, produtiva, e também como boa qualidade de vida na velhice, devido à heterogeneidade no envelhecimento e a construção teórica de cada autor (STRAWBRIDGE; WALLHAGEN; COHEN, 2002; GARDNER, 2006; TEIXEIRA; NERI, 2008; RIBEIRO et al., 2009).

Na perspectiva de Rowe e Kahn (1987), o envelhecimento bem-sucedido é caracterizado pelo engajamento ativo com a vida, associado à funcionalidade física e mental e à ausência de patologias. Esse engajamento ativo compreende a manutenção das relações sociais e das atividades produtivas.

Para Baltes e Baltes (1991 apud NERI, 2008) o termo envelhecimento bem-sucedido descreve o processo de adaptação do indivíduo às mudanças associadas ao envelhecimento, através de mecanismos psicológicos de seleção, otimização e compensação. A etapa de seleção consiste no direcionamento de metas conforme os recursos individuais e sociais disponíveis. A otimização concentra-se no processo de potencializar os recursos internos e externos no alcance de níveis mais altos de funcionalidade. Por último, a compensação envolve a adoção de alternativas para manter o funcionamento do indivíduo (NERI, 2008; TEIXEIRA; NERI, 2008).

Além dos modelos destacados, a política de envelhecimento ativo, proposta pela Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005), tem discutido o envolvimento social dos idosos para a melhoria da qualidade de vida. A política 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

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008; SILVA; LIMA; GALHARDONI, 2010).

Desse modo, a definição de envelhecimento ativo fundamenta-se no “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

1.2 Qualidade de vida

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000) que tem sido foco de preocupação constante desde o início da civilização (SANTOS et al., 2002; NERI, 2004).

O uso da expressão qualidade de vida vem se tornando corriqueiro na linguagem popular e no contexto das pesquisas em diferentes áreas do conhecimento científico, como economia, sociologia, filosofia, história social, geografia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde (MEEBERG, 1993; BOWLING, 1995; ROGERSON, 1995; FLECK et al., 1999; SEIDL; ZANNON, 2004; MICHELONE; SANTOS, 2004; PEREIRA et al., 2006; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007; MELO et al., 2009).

Historicamente, o termo foi utilizado pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson, em 1964 que, de alguma forma, manifestava em seu discurso a relação da qualidade de vida com o caráter econômico (FLECK et al., 1999). Por outro lado, Wood-Dauphinee (1999) menciona, em um artigo sobre a história da avaliação da qualidade de vida, que o termo foi citado anteriormente por Pigou, em 1920, no livro “The Economics of Welfare” ao escrever sobre economia e bem-estar material.

De fato, nos países desenvolvidos, foi após a Segunda Guerra Mundial que o termo qualidade de vida emergiu, sendo que a sua utilização estava associada à melhoria do padrão de vida, principalmente para a aquisição de bens materiais (MEEBERG, 1993; FARQUHAR, 1995; WOOD-DAUPHINEE, 1999; PASCHOAL, 2000, 2002; NERI, 2004; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007; MARTINS et al., 2007). Em seguida, foi gradualmente incorporado às políticas sociais, como indicadores de resultados, sendo foco de

atenção de pesquisas sociais, filosóficas, econômicas e políticas (FARQUHAR, 1995; PASCHOAL, 2002; NERI, 2004; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

Todavia, somente na década de 1960 que o conceito e, concomitantemente, os indicadores se ampliaram para significar, além do crescimento econômico, desenvolvimento social. Nesse período o constructo qualidade de vida adquiriu o caráter subjetivo passando a avaliar e valorizar aspectos como o bem-estar, a felicidade e a realização pessoal, em contraposição às condições objetivas, tais como nível de renda, classe social, saúde, educação, grau de urbanização, condições de trabalho, etnia, gênero e idade (WOOD-DAUPHINEE, 1999; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; PASCHOAL, 2000, 2002; NERI, 2004, 2007; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007; PASKULIN et al., 2010).

Mais recentemente, a transição epidemiológica e populacional provocou o desenvolvimento de uma perspectiva mais apurada dos aspectos sociais, psicológicos e ambientais (CHACHAMOVICH, 1997; BOWLING et al., 2002; PASCHOAL, 2002; FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003; NERI, 2000, 2004, 2007, 2008; PEREIRA et al., 2006; IRIGARAY; TRENTINI, 2009). Esse fato associado a uma visão mais afirmativa e dinâmica da saúde, instituída pela reformulação do modelo de análise da condição saúde/doença (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003), instigou ainda mais o interesse e a preocupação com a qualidade de vida dos indivíduos e sociedade em uma abordagem mais ampla e integradora (BUSS, 2000; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; SEIDL; ZANNON, 2004; FLECK, 2008).

É notório que ao longo dos anos, a expressão *qualidade de vida* recebeu diversos enfoques (SANTOS et al., 2002; TRENTINI, 2004; POWER, 2008), mas, apesar dos debates constantes, o tema permanece sendo considerado um constructo complexo no que tange a sua definição e, conseqüentemente, avaliação (FARQUHAR, 1995; ROGERSON, 1995; THE WHOQOL GROUP, 1998b; ROCHA et al., 2000; SANTOS et al., 2002; NERI, 2004; RAMPAZO, 2008; FLECK, 2008; MELO et al., 2009; IRIGARAY; TRENTINI, 2009; PASKULIN et al., 2010).

Diferentes autores convergem na afirmação que o termo qualidade de vida é equívoco (BOWLING, 1995; FARQUHAR, 1995; PASCHOAL, 2000; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; SANTOS et al., 2002; TRENTINI, 2004; NERI, 2004; VECCHIA et al., 2005) que revela os conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades no reportar do tempo, espaço e dos seus determinantes históricos e sócio-culturais, sendo, portanto, ligada a uma construção social (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; PASCHOAL, 2000, 2002).

Outros autores refletem sobre essa questão indicando que a palavra qualidade de vida é abstrata (PASCHOAL, 2000, 2002), vaga, amorfa, multidisciplinar e revestida pela moda (BOWLING, 1995; FARQUHAR, 1995; BOWLING et al., 2002).

De uma maneira geral, embora não haja consenso a respeito do conceito qualidade de vida, há concordância considerável entre os pesquisadores em adotar a definição construída em 1994, por um grupo de especialistas de diferentes culturas da Organização Mundial da Saúde (THE WHOQOL GROUP, 1995; FLECK et al., 1999; PASCHOAL, 2000; CHACHAMOVICH, 2005; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007; FLECK, 2008; IRIGARAY; TRENTINI, 2009).

Para a Organização Mundial da Saúde, representada pelo Grupo WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life Measures*), qualidade de vida é:

a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. É um conceito bem abrangente, afetado de maneira complexa pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais da pessoa e por suas relações com características significativas do ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1995, p.1404).

Nesse conceito ficam implícitos três aspectos fundamentais da qualidade de vida: a subjetividade; a multidimensionalidade; e a bipolaridade (PASCHOAL, 2000, 2002; CHACHAMOVICH, 2005; FLECK, 2008; LIMA, 2008)

A subjetividade refere-se à percepção do indivíduo em relação aos diferentes aspectos da sua vida. Desse modo, a realidade objetiva é considerada somente quando é percebida pelo indivíduo. Quanto ao princípio da multidimensionalidade entende-se que a qualidade de vida é composta de domínios (físico, mental, social, etc.) resultantes da interação de diversas áreas independentes da vida do indivíduo. Por último, a bipolaridade aborda a presença de dimensões positivas (papéis sociais, mobilidade, autonomia, dentre outros) e negativas (dor, fadiga, dependência) (THE WHOQOL GROUP, 1995; PASCHOAL, 2000, 2002; SANTOS et al., 2002; CHACHAMOVICH, 2005; SOUZA, 2007; FLECK, 2008).

Paschoal (2000) acrescenta uma quarta característica ao constructo, a mutabilidade, enfatizando que a avaliação da qualidade de vida pode mudar com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural (PASCHOAL, 2000, 2002; LIMA, 2008).

1.3 Qualidade de vida na velhice

Qualidade de vida na velhice é um conceito atual no cenário mundial (BOWLING et al., 2002; NERI, 2007; TORRES et al., 2009), na medida em que existe uma nova representação social do estado de “ser velho” (NERI, 2007).

O interesse no aprimoramento e medição da qualidade de vida em idosos ganhou relevância nos últimos 30 anos, decorrente do número crescente de idosos, aumento da expectativa de vida e interesse político na criação de novas alternativas de intervenção, principalmente no âmbito da saúde (BOWLING et al., 2002; NERI, 2000, 2004, 2007, 2008; FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003; PEREIRA et al., 2006; FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI 2006; SOUZA, 2007; TRENTINI; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008; CHACHAMOVICH et al., 2008b; IRIGARAY; TRENTINI, 2009; PASKULIN et al., 2010).

A Organização Mundial da Saúde preconiza o desenvolvimento de programas e políticas públicas na busca de melhor qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005; ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009). Perante essa realidade contemporânea, torna-se um desafio de notável importância científica e social identificar, de forma interdisciplinar, as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice (BROWNE et al., 1994; FARQUHAR, 1995; FLECK et al., 2000; PASCHOAL, 2002; SANTOS et al., 2002; FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003; SOUZA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003; XAVIER et al., 2003; EVANS et al., 2005; PEREIRA et al., 2006; TRENTINI; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008; NERI, 2009).

O consenso sobre o conceito qualidade de vida na velhice é outro grande obstáculo considerando a própria semântica de ambos os elementos da expressão (NERI, 2000; RAMPAZO, 2008). Em primeiro lugar, como comentado anteriormente, qualidade de vida resulta de múltiplos aspectos externos e internos do indivíduo que oscilam no tempo e no espaço. O mesmo acontece com o elemento velhice, que é um fenômeno multidimensional e multidirecional, passível de diferentes interpretações a depender do grau de desenvolvimento individual e social (NERI, 2000).

Lawton (1983) define qualidade de vida na velhice como a avaliação multidimensional ligada a critérios socionormativos e intrapessoais, a respeito das relações presentes, passadas e futuras entre o indivíduo e o ambiente que o cerca.

A definição descrita por Lawton é bastante explorada na literatura científica e, do mesmo modo, o modelo que construiu sobre a qualidade de vida na velhice é conhecido internacionalmente como um dos modelos mais explicativos e harmoniosos (PASCHOAL, 2000, 2002; NERI, 2000, 2004, 2008; TRENTINI, 2004; TRENTINI; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008; RAMPAZO, 2008; IRIGARAY; TRENTINI, 2009).

O modelo supracitado é composto por quatro dimensões gerais sobrepostas e inter-relacionadas: competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo (PASCHOAL, 2000, 2002; NERI, 2000, 2004).

A competência comportamental representa o desempenho dos indivíduos nos domínios saúde, funcionalidade física, cognição, uso do tempo e comportamento social, sendo que estão sobrepostos e hierarquizados nessa mesma seqüência. A segunda dimensão, condições ambientais, diz respeito ao contexto ecológico e ao construído pelo homem que influenciam diretamente a competência comportamental do indivíduo. A dimensão qualidade de vida percebida reflete a percepção do indivíduo sobre a sua funcionalidade física, social e psicológica e sobre a sua competência comportamental, influenciada pelas condições objetivas que está exposto. Por último, o bem-estar subjetivo refere-se à avaliação pessoal sobre o conjunto e a dinâmica das relações entre as três áreas precedentes, sendo que o julgamento qualitativo dessa natureza depende dos antecedentes pessoais, personalidade e dos mecanismos de auto-regulação, além de refletir a qualidade da experiência emocional positiva ou negativa que deriva da avaliação que o idoso faz da qualidade de sua vida (PASCHOAL, 2002; NERI, 2000, 2004, 2007).

Outros estudiosos do envelhecimento humano destacam que a qualidade de vida na velhice e a sua avaliação sofrem os efeitos de numerosos fatores, tanto objetivos quanto subjetivos, que estão em interação constante ao longo da trajetória de vida do indivíduo (PASCHOAL, 2000, 2002; NERI, 2000, 2009; SANTOS et al., 2002; IRIGARAY; TRENTINI, 2009).

Paskulin, Vianna e Molzahn (2009) enfatizam que os fatores associados com boa qualidade de vida na velhice são complexos e obscuros. Neri (2009) acrescenta que é difícil estabelecer o grau de importância, a inter-relação e a direção de causalidade desses fatores.

Não obstante aos debates sobre os determinantes e indicadores de qualidade de vida na velhice, a literatura internacional e nacional, apresentam uma lista de elementos que

podem influenciar, de forma direta ou indireta, a qualidade de vida nessa fase peculiar de vida. Os principais elementos englobam desde as variáveis demográficas e econômicas, até as condições biológicas, psicológicas, sociais, ambientais e individuais (ZHAN, 1992; BOWLING, 1995; THE WHOQOL GROUP, 1995; FLECK et al., 1999; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; PASCHOAL, 2002; XAVIER et al., 2003; TOMÉ; DYKES; HALBERG, 2004; VECCHIA et al., 2005; MARTINS et al., 2007; LIMA, 2008; SILVA; SALDANHA; AZEVEDO, 2010).

Para Neri (2009) os elementos que podem influenciar o bem-estar na velhice são: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos.

No mesmo sentido, outras variáveis foram referenciadas em estudos teóricos e experimentais, tais como gênero, escolaridade, estado civil, religião, percepção da condição de saúde, estilo de vida, depressão, autonomia, capacidade funcional, atividade física, ambiente físico, condições de moradia, bens-materiais, suporte social e ocupação do tempo (BLAZER et al., 1991; BROWNE et al., 1994; BOWLING, 1995; FARQUHAR, 1995; KUBZANSKY et al., 1998; MARCON et al., 1999; LOPÉZ; CIANCIARULO, 1999; PASCHOAL, 2000; SPRANGERS et al., 2000; BURSTRÖM; JOHANNESSON; DIDERICHSEN, 2001; MCDONOUGH; WALTERS, 2001; MICHELSON; BOLUND; BRANDBERG, 2001; BOWLING et al., 2002; RIBEIRO et al., 2002; XAVIER et al., 2003; FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003; BLAZER, 2003, 2009; PINO, 2003; GARRIDO et al., 2003; DAMURA; SATO, 2003; AVIS et al., 2004; TOMÉ; DYKES; HALBERG, 2004; JAKOBSSON; HALLBERG; WESTERGREN, 2004; ARNOLD et al., 2004; NAUMANN; BYRNE, 2004; TRENTINI, 2004; MORAES, SOUZA, 2005; GARCIA et al., 2005; PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005; EVANS et al., 2005; VECCHIA et al., 2005; ROSA, 2006; PEREIRA et al., 2006; FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; NERI, 2007; RIBEIRO; YASSUDA, 2007; MORAES; WITTER, 2007; SOUZA, 2007; FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007; MARTINS et al., 2007; FARENZENA et al., 2007; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008; ROSSATO et al., 2008; PIMENTA et al., 2008; CHACHAMOVICH et al., 2008a; TRENTINI; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008; LUZ; AMATUZZI, 2008; ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009; IRIGARAY; TRENTINI, 2009; PASKULIN; VIANNA; MOLZAHN, 2009; LIMA et al., 2009; TORRES et al., 2009; LIMA; FLECK, 2009; MAUÉS et al., 2010; SOARES et al., 2010; FALLER et al., 2010; TRENTINI et al., 2010; SILVA; SALDANHA; AZEVEDO, 2010; PASKULIN et al., 2010; GONÇALVES; ANDRADE, 2010; BLAY; MARCHESONI, 2011).

Vale destacar que as variáveis apresentadas anteriormente fazem parte de diversas pesquisas que dispõem de metodologia, contexto de avaliação e uso de instrumentos distintos a depender da proposição do estudo. Contudo, alguns dos indicadores apontados como atuantes na avaliação de qualidade de vida da população idosa merecem destaque em nosso estudo, visando o aprofundamento do tema selecionado.

A faixa etária e o gênero são variáveis antecedentes poderosas no sentido em que englobam uma grande variedade de influências no *continuum* da vida, entre elas a exposição a marcadores biológicos do desenvolvimento e envelhecimento, intensidade de maior ou menor plasticidade comportamental, amplitude de resiliência psicológica, disponibilidade de oportunidades educacionais, formas de socialização, engajamento em papéis sociais e o grau de exposição a eventos não-normativos e incontroláveis do curso de vida (NERI, 2007).

Os resultados de diversos estudos indicam, predominantemente, a relação inversa entre idade avançada e nível de qualidade de vida (SPRANGERS et al., 2000; BURSTRÖM; JOHANNESSON; DIDERICHSEN, 2001; MICHELSON; BOLUND; BRANDBERG, 2001; GARRIDO et al., 2003; DAMURA; SATO, 2003; ARNOLD et al., 2004; NAUMANN; BYRNE, 2004; TRENTINI, 2004; GARCIA et al., 2005; PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005; FARENZENA et al., 2007; TRENTINI; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008; ROSSATO et al., 2008; PASKULIN; VIANNA; MOLZAHN, 2009; LIMA et al., 2009; SOARES et al., 2010; FALLER et al., 2010; TRENTINI et al., 2010). Essa ocorrência pode estar associada ao aumento de incapacidades funcionais e morbidades com o avanço da idade (RAMOS, 2002; ROSA et al., 2003; GUIMARÃES et al., 2004; PARAYBA; VERAS; MELZER, 2005; MAIA et al., 2006; ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Quanto ao gênero, vários estudos têm demonstrado diferenças na percepção da qualidade de vida. Os idosos do sexo masculino apresentam, com maior frequência, melhores escores do que os do feminino (SPRANGERS et al., 2000; BURSTRÖM; JOHANNESSON; DIDERICHSEN, 2001; MCDONOUGH; WALTERS, 2001; GARRIDO et al., 2003; DAMURA; SATO, 2003; TOMÉ; DYKES; HALBERG, 2004; JAKOBSSON; HALLBERG; WESTERGREN, 2004; PEREIRA et al., 2006; MORAES; WITTER, 2007; NERI, 2007; PIMENTA et al., 2008; LIMA et al., 2009; FALLER et al., 2010; SOARES et al., 2010; BLAY; MARCHESONI, 2011). Essa ocorrência pode estar associada ao fato de que as mulheres apresentam maior longevidade, vulnerabilidade social, maior ocorrência de condições crônicas incapacitantes, menor escolaridade e renda, além de percepção negativa sobre o envelhecimento (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987; CHACHAMOVICH, 1997; MCDONOUGH; WALTERS, 2001; PINO, 2003; AVIS et al., 2004; PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005; NERI, 2007; SOARES et al., 2010).

Na sua globalidade, os idosos que possuem parceiro conjugal apresentam índices mais elevados de qualidade de vida do que os sem parceiros (SPRANGERS et al., 2000; PIMENTA et al., 2008; LIMA et al., 2009; FALLER et al., 2010). Porém, a relação entre estado civil e qualidade de vida não é totalmente clara, pois outras variáveis como sexo, idade, escolaridade e renda podem influenciá-la (LIMA et al., 2009), como evidenciado em

outros estudos que apresentaram a relação entre essas variáveis de forma inversa (TRENTINI, 2004; ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009; TRENTINI et al., 2010).

No tocante aos dados de escolaridade, grande parte dos autores concorda que maior escolaridade favorece uma percepção positiva da qualidade de vida (SPRANGERS et al., 2000; TRENTINI, 2004; TRENTINI; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008; ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009; LIMA et al., 2009; TRENTINI et al., 2010). Entretanto, aparece em outra pesquisa o posicionamento oposto (FALLER et al., 2010). Assim, o conhecimento geral e as experiências de vida do indivíduo, em detrimento da avaliação isolada dos anos de estudo, devem ser exaltados na avaliação de qualidade de vida do idoso.

Em relação a renda, os estudos têm demonstrado que os índices de qualidade de vida crescem de acordo com o nível econômico (JAKOBSSON; HALLBERG; WESTERGREN, 2004; TRENTINI, 2004; PEREIRA et al., 2006; FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007; MARTINS et al., 2007; TRENTINI; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008; ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009; LIMA et al., 2009; FALLER et al., 2010; TRENTINI et al., 2010; BLAY; MARCHESONI, 2011). Uma hipótese para este achado pode estar no fato de que os idosos com melhores condições financeiras possuem mais acesso a bens e serviços, tornando possível a compensação de perdas inevitáveis da velhice (MARTINS et al., 2007; IRIGARAY; TRENTINI, 2009; NERI, 2009).

O considerável impacto da sintomatologia depressiva também tem sido evidenciada em diversos estudos. De acordo com a literatura, a depressão influencia negativamente a qualidade de vida em todas as fases da vida, inclusive na velhice (BLAZER et al., 1991; XAVIER et al., 2001; DAMURA; SATO, 2003; BLAZER, 2003, 2009; NAUMANN; BYRNE, 2004; TRENTINI, 2004; FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; GAUTAM; SAITO; KAI, 2007; FARENZENA et al., 2007; BOTTINO; APARÍCIO, 2007; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008; TRENTINI; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008; CHACHAMOVICH et al., 2008a; ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009; LIMA; FLECK, 2009; TRENTINI et al., 2010; GONÇALVES; ANDRADE, 2010; BLAY; MARCHESONI, 2011).

Como caráter de esclarecimento, a depressão é a doença psiquiátrica mais comumente encontrada na população idosa (BLAZER, 2003, 2009; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; CANINEU, 2007; GONÇALVES; ANDRADE, 2010). No Brasil, a prevalência de sintomas depressivos em idosos na comunidade varia de 15 a 35% (VERAS; MURPHY, 1994; PORCU et al., 2002; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006) e está associada ao maior risco de morbidade e de mortalidade, ao aumento na utilização dos serviços de saúde, à negligência no autocuidado, à adesão reduzida aos tratamentos

terapêuticos e maiores risco de suicídio (DASGUPTA, 1998; COPELAND, 1999; BLAZER 2003, 2009; BERLIM et al., 2005; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; GAUTAM; SAITO; KAI, 2007; GONÇALVES; ANDRADE, 2010). A doença não é atribuída ao processo de envelhecimento em si (BEEKMAN; COPELAND; PRINCE, 1999), mas a questões secundárias como presença de outras doenças, condições socioeconômicas desfavoráveis, eventos de vida estressantes, insatisfação com o suporte social e perda de papéis ocupacionais. (BEEKMAN; COPELAND; PRINCE, 1999; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; IRIGARAY; SCHENEIDER, 2008; BATISTONI, 2008; GONÇALVES; ANDRADE, 2010).

Finalmente, com foco nos papéis ocupacionais, os gerontólogos têm registrado, de forma explícita ou implícita, a relação positiva entre a participação social e a qualidade de vida na velhice (GREGORY, 1983; ROWE; KAHN, 1987; BROWNE et al., 1994, MARCON et al., 1999; FARQUHAR, 1995; BOWLING, 1995; CACHIONI, 1998; NERI, 2000, 2009; PASCHOAL, 2000; SANTOS et al., 2002; RIBEIRO et al., 2002; XAVIER et al., 2003, FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003, VECCHIA et al., 2005, EVANS et al., 2005, PEREIRA et al., 2006; BOWLING et al., 2007, CASTRO et al., 2007; MORAES; WITTER, 2007; RIBEIRO; YASSUDA, 2007; CALDAS, 2007; LUZ; AMATUZZI, 2008; IRIGARAY; SCHEINER, 2008; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008; MACIEL; GUERA, 2008; RAMOS; SOUZA; CALDAS, 2008; DEPS, 2009a; ALVARENGA et al., 2009; IRIGARAY; TRENTINI, 2009; TORRES et al., 2009; GÜNTHER, 2009; CACHIONI; FALCÃO, 2009; ROLIM; FORTI, 2009; FALLER et al., 2010; PASKULIN et al., 2010; MEIRELLES et al., 2010, TAMAI et al., 2011).

1.4 Papéis ocupacionais

A noção de papel é complexa e não se detém a um ramo exclusivo da ciência (HILLMAN; CHAPARRO, 1995; SOARES; CARVALHO, 2003). Vários estudiosos já trataram desse conceito e de sua importância dentro do sistema social, nos âmbitos das ciências sociais e da psicologia (SOARES; CARVALHO, 2003).

Originalmente, a definição de papéis fundamenta-se na clássica Teoria de Papéis da psicologia social. (THOMAS, 1966; OAKLEY et al., 1986). A teoria compreende que o papel social é um conjunto de direitos, deveres, expectativas, normas e comportamentos das diferentes posições que o indivíduo ocupa na sociedade (BOLSONI-SILVA, 2002).

Dentro dessa perspectiva, os papéis sociais, que podem ser atribuídos ou conquistados durante o processo de socialização, são divididos em três tipos: o pessoal-sexual, o sócio-familiar e o ocupacional (OAKLEY et al., 1986; HILLMAN; CHAPARRO,

1995). É importante evidenciar que essa divisão não é absoluta podendo sofrer sobreposições (OAKLEY et al., 1986; HILLMAN; CHAPARRO, 1995), como por exemplo, o papel de pai que, a depender do desempenho ocupacional do indivíduo, pode ser definido como sócio-familiar e/ou ocupacional.

A terapia ocupacional se aproxima, principalmente, do conceito de papel ocupacional (OAKLEY et al., 1986; CROWE et al., 1997; CORDEIRO, 2005; CORDEIRO et al., 2007), pois se preocupa com a relação recíproca entre os aspectos ocupacionais e a saúde e bem-estar dos indivíduos (KIELHOFNER; BURKE, 1980; OAKLEY et al., 1986; VAUSE-EARLAND, 1991; BRÄNHOLM; FUGL-MEYER, 1992; HALLETT et al., 1994; DICKERSON; OAKLEY, 1995; HILLMAN; CHAPARRO, 1995; CROWE et al., 1997; CORDEIRO, 2005; CORDEIRO et al., 2007; KIELHOFNER, 2007, 2008; WILCOCK, 2007; AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2008; CARLETO et al., 2010).

Segundo o Modelo de Ocupação Humana os indivíduos desempenham suas atividades dentro dos papéis ocupacionais que assumem durante o decorrer da vida. Portanto, é através do subsistema da habituação, regido pelos hábitos e papéis, que os indivíduos organizam suas ações (KIELHOFNER; BURKE, 1980; KIELHOFNER, 2002, 2009; POLIA; CASTRO, 2007).

A Associação Americana de Terapia Ocupacional, na publicação da Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional, também ilustra que são através de padrões de desempenho¹ que os indivíduos se envolvem em ocupações (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2008; CARLETO et al., 2010).

Alguns autores concedem que os papéis ocupacionais organizam o comportamento ocupacional² para atender as necessidades pessoais e as demandas da sociedade, contribuindo para a identidade, senso de satisfação e eficácia dos indivíduos. Eles também envolvem as obrigações e posições que os indivíduos ocupam em grupos sociais e como interagem dentro deles, atendendo as expectativas de comportamento e desempenho próprios de cada papel ou função (WATSON; AGER, 1991; BRÄNHOLM; FUGL-MEYER, 1994; CORDEIRO, 2005; KIELHOFNER, 2009).

Em síntese, os papéis ocupacionais definem a participação da pessoa em sociedade nos diferentes contextos, no *continuum* de sua vida. Portanto, é um componente

¹ Padrões de desempenho – padrões de comportamento relacionados às atividades da vida diária que são habituais ou rotineiros. Eles podem incluir hábitos, rotinas, rituais e papéis (CARLETO et al, 2010).

² Comportamento ocupacional – representa um importante componente do funcionamento ocupacional, na medida que define o quanto o indivíduo escolhe, gosta e se sente competente em desempenhar suas atividades. Gregory (1983) define o comportamento ocupacional como o tipo, quantidade e significado das próprias atividades, podendo ser utilizado como sinônimo de atividade intencional.

vital para a adaptação biopsicosocial, para a produtividade humana e satisfação com a vida, na medida em que influenciam aspectos como o engajamento em ocupações diárias, locais que frequentam, tipos de relações interpessoais, uso do tempo e investimento de dinheiro (OAKLEY et al., 1986; ELLIOTT; BARRIS, 1987; WATSON; AGER, 1991; BRÄNHOLM; FUGL-MEYER, 1994; CORDEIRO, 2005; DICKERSON; OAKLEY, 1995; POSSATTI; DIAS, 2002; SOARES; CARVALHO, 2003; KIELHOFNER, 2009).

De acordo com a literatura, os papéis ocupacionais sofrem modificações de acordo com a cultura, crenças, interesses, produtividade, estágio de desenvolvimento da pessoa, dos papéis associados e da sua relevância para a sociedade (BLACK, 1976; BRÄNHOLM; FUGL-MEYER, 1992; HAKANSSON et al., 2005).

Normalmente, a aquisição, a mudança e a perda de papéis ocorrem no contexto natural da ontogênese humana (KIELHOFNER; BURKE, 1980; DICKERSON; OAKLEY 1995; POSSATTI; DIAS, 2002). Black (1976) explorou o termo “carreira ocupacional” para definir esse processo dinâmico que, geralmente, ocorre em progressão ordenada e dependente de características como idade, sexo, grupo social e membros da família. As alterações nos papéis também podem ser impostas por uma incapacidade (OAKLEY, 1987; HALLETT et al., 1994; DICKERSON; OAKLEY, 1995; CORDEIRO, 2005; SANDQVIST; AKESSON; EKLUND, 2005; CORDEIRO et al., 2007).

É evidente que a interrupção, o desequilíbrio e a transição de papéis ocupacionais, devido a situações esperadas do ciclo de vida ou não, representa um processo adaptativo crítico para os indivíduos que têm que lidar com transformações em diferentes esferas de sua vida (KIELHOFNER; BURKE, 1980; DICKERSON; OAKLEY, 1995; CORDEIRO, 2005).

Compreendendo que os papéis ocupacionais são essenciais para a participação social (OAKLEY et al., 1986; ELLIOTT; BARRIS, 1987; WATSON; AGER, 1991; BRÄNHOLM; FUGL-MEYER, 1994; CORDEIRO, 1995; DICKERSON; OAKLEY, 1995; POSSATTI; DIAS, 2002; SOARES; CARVALHO, 2003; KIELHOFNER, 2009) e que parte do domínio da terapia ocupacional é o estudo do comportamento ocupacional dos indivíduos no contexto em que vivem (OAKLEY et al., 1986; JACKOWAY; ROGERS; SNOW, 1987; BRÄNHOLM; FUGL-MEYER, 1992; BRÄNHOLM; FUGL-MEYER, 1994; DICKERSON; OAKLEY, 1995; CROWE et al., 1997; LAW, 2002; CORDEIRO, 2005; AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2008; CARLETO et al., 2010), é de fundamental importância avaliar o desempenho, a carreira, o equilíbrio e a importância dos papéis ocupacionais.

O conceito de papel ocupacional foi difundido de forma mais intensa ao se tornar componente essencial de um importante referencial teórico em Terapia Ocupacional, o Modelo da Ocupação Humana (SOUZA, 2008), descrito a seguir.

1.5 Modelo de Ocupação Humana

O Modelo de Ocupação Humana (MOH) foi desenvolvido, por Gary Kielhofner e colaboradores na década de 70, quando a Terapia Ocupacional estava no auge de uma crise de identidade profissional (KIELHOFNER, 2002; HAGEDORN, 2003; DRUMMOND, 2007; POLIA; CASTRO, 2007).

Para a formulação desse modelo, seus criadores reuniram diferentes áreas do conhecimento e sofreram fortes influências do “Modelo do Comportamento Ocupacional”, desenvolvido por Mary Reilly, que fundamentava a ocupação como o centro e o método do campo de terapia ocupacional nos Estados Unidos (FERRARI, 1991; HAGEDORN, 2003; DRUMMOND, 2007; KIELHOFNER, 2009).

Para Ferrari (1991) o Modelo de Ocupação Humana parece a continuação do modelo de Reilly, porém destaca que o avanço da sua teoria está relacionado com a discussão e aplicação do modelo até a velhice.

Em sua primeira publicação em 1980, Kielhofner demonstrou que pretendia desenvolver uma teoria única, mas, após cinco anos, na publicação de seu livro propôs o modelo como base de discussão e desenvolvimento ao invés de uma explicação completa da Terapia Ocupacional. Em 1995, publicou a segunda edição do livro “*Model of Human Occupation*” (HAGEDORN, 2003; KIELHOFNER, 2002, 2009).

A terceira edição do referido livro ocorreu em 2002, que associava de forma mais intensa a teoria com a prática. Em 2008, na sua mais recente publicação, Kielhofner e seus parceiros, fundamentalmente, atualizaram alguns conceitos e alinharam a teoria com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (HAGEDORN, 2003; KIELHOFNER, 2002, 2009).

Atualmente, o MOH, além de prover recursos para a prática da terapia ocupacional, apóia a pesquisa no campo (KIELHOFNER 2002, 2008). O seu corpo de teoria enfoca a motivação para a ocupação, os padrões de rotina do comportamento ocupacional, a natureza do desempenho ocupacional e a influência do ambiente na ocupação, objetivando, de

maneira geral, compreender a ocupação humana e o seu papel na saúde e bem-estar do indivíduo (DRUMMOND, 2007; KIELHOFNER, 2007, 2008).

A ocupação humana é vista como uma tendência inata e espontânea de exploração e domínio do meio pelo homem (FERRARI, 1991; POLIA; CASTRO, 2007), pois é através da ocupação que as pessoas exercitam suas habilidades e geram experiências compondo sua trajetória de vida (FERRARI, 1991, KIELHOFNER, 2002, DRUMMOND, 2007; POLIA; CASTRO, 2007).

De acordo com a literatura da área, a ocupação é complexa, dinâmica e multifacetada que sofre influência do contexto temporal, físico e sociocultural (KIELHOFNER, 2002, 2008).

O MOH é estruturado sob a Teoria Geral de Sistemas³, que compreende o homem como um sistema aberto interagindo com o ambiente e continuamente modificando-o e sendo modificado por ele no decorrer de sua vida (FERRARI, 1991; HAGEDORN, 2003; KIELHOFNER, 2002).

A organização interna do sistema aberto é conceituada por três subsistemas interligados: volição, habituação e desempenho. Esses subsistemas interagem dialeticamente entre si e o resultado da modulação de suas ações é o comportamento ocupacional (HAGEDORN, 2003; KIELHOFNER, 2002, 2009).

O subsistema da volição refere-se à motivação da pessoa para a ocupação, ou seja, é o processo pelo qual as pessoas orientam suas escolhas de atividades. Esse subsistema é considerado o principal eixo estrutural do MOH e sua estrutura envolve 3 componentes: causação pessoal, valores e interesses pessoais. Os três componentes devem estar em harmonia com os outros subsistemas e com as exigências do ambiente para estimular ou impedir o desempenho ocupacional (KIELHOFNER; BURKE, 1980; KIELHOFNER, 2002, 2009; POLIA; CASTRO, 2007).

A causação pessoal reflete a percepção do indivíduo acerca da sua capacidade e eficiência para realizar as atividades cotidianas. Os valores ou metas valorizadas referem-se ao que a pessoa considera importante e significativo fazer. Esse componente sofre influência do contexto que a pessoa está inserida e, orienta seu comportamento produtivo e o uso do tempo. Por fim, os interesses pessoais são entendidos como a tendência de buscar satisfação em certas situações, assim o indivíduo escolhe realizar as atividades que lhe proporciona

³ Teoria Geral de Sistemas – conhecida pela sigla TGS, surgiu com os trabalhos do biólogo austríaco Ludwig von Bertalanffy, publicados entre 1950 e 1968. O pensamento sistêmico é contextual e permite compreender a interrelação existente entre um sistema e outro, bem como as interrelações existentes dentro de cada um destes sistemas e suas interações, como por exemplo: a interrelação entre o sistema humano e o ambiental.

prazer e bem estar (KIELHOFNER; BURKE, 1980; KIELHOFNER, 2002, 2009; POLIA; CASTRO, 2007).

O subsistema da habituação diz respeito a constituição da rotina diária e a utilização do tempo pelo indivíduo. É o processo pelo qual as pessoas organizam suas ações em padrões e rotinas que são influenciados pelo subsistema da volição. Esses padrões são regidos por hábitos e papéis (KIELHOFNER; BURKE, 1980; KIELHOFNER, 2002, 2009; POLIA, CASTRO, 2007).

Os hábitos envolvem a tendência adquirida pela repetição freqüente de uma atividade. Na vida de uma pessoa, eles organizam o desempenho ocupacional e permitem a execução de tarefas ao longo do dia sem a participação ativa da consciência, auxiliando no melhor aproveitamento do tempo. Os hábitos são socialmente determinados, já que, durante o desenvolvimento humano, diferentes hábitos são internalizados e outros abandonados no processo de mudança e adaptação do indivíduo. Os papéis são conjuntos de atividades que formam uma função ou uma posição do indivíduo no contexto social. Os papéis oferecem uma identidade e um senso de obrigação às pessoas e, são definidos pelo sistema social do papel desempenhado e pelas expectativas desse sistema. A internalização de papéis é um importante fator na composição da estrutura social já que possibilita a atuação do indivíduo como um ser produtivo em diferentes estágios do desenvolvimento (KIELHOFNER; BURKE, 1980; KIELHOFNER, 2002, 2009; POLIA; CASTRO, 2007).

O subsistema do desempenho refere-se às habilidades físicas e mentais para produzir determinadas ações. É influenciado pelas condições músculo-esqueléticas, neurológicas, cardiopulmonares e outros sistemas corporais. O enfoque do desempenho está na interação do sistema com o meio ambiente já que as habilidades são adquiridas e gradativamente aperfeiçoadas através das experiências dos indivíduos. As habilidades são necessárias para a formação dos hábitos, internalização dos papéis e organização da rotina (KIELHOFNER; BURKE, 1980; KIELHOFNER, 2002, 2009; POLIA; CASTRO, 2007).

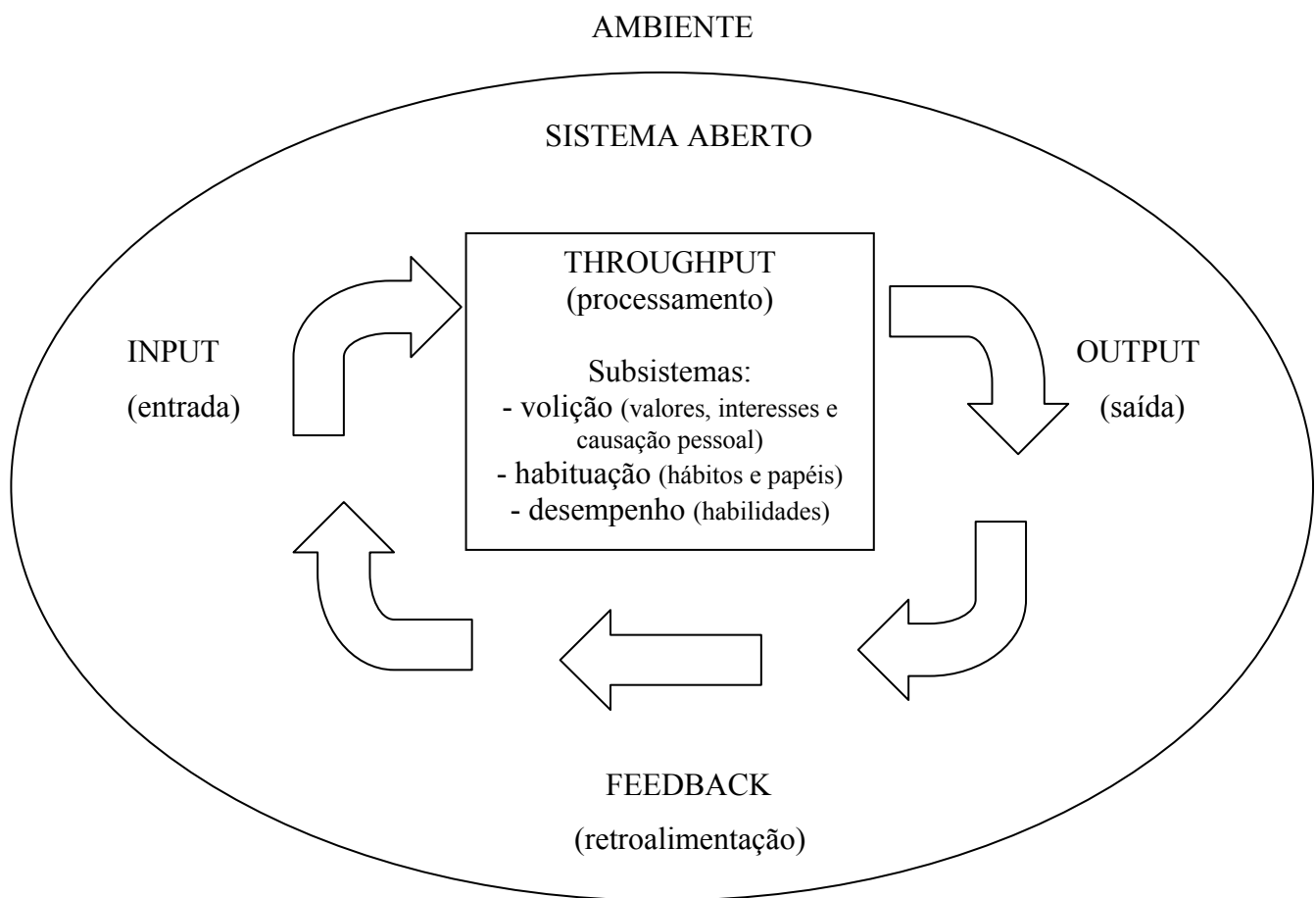
Kielhofner (2002, 2008) salienta que o sistema aberto humano é organizado por um processo de circularidade que envolve quatro processos:

- output (saída): refere-se tanto a informação como a ação que o indivíduo manifesta no ambiente. Pode ser adaptável ou não (funcional ou disfuncional);
- input (entrada): é atribuída a informação que entra no sistema vinda do ambiente. Inclui as informações de pessoas, fatos e objetos circundantes;

- throughput (processamento): refere-se a como a informação é organizada dentro do sistema para realizar o output. Cada subsistema e seus componentes promovem e organizam as informações para a ação;

- feedback (retroalimentação): é o meio pelo qual o sistema é informado sobre os resultados de suas ações. A informação do feedback influencia a organização subsequente dos subsistemas.

Figura 1.5.1 - Sistema Aberto Humano



Fonte: KIELHOFNER, 2002.

O ambiente inclui a dimensão física, social, cultural e econômico, e, pode ser uma barreira ou facilitador da ocupação (KIELHOFNER, 2002, 2009; POLIA; CASTRO, 2007).

O processo pelo qual a informação entra, muda o sistema, resulta em novo output e traz novas informações através do feedback é chamado de ciclo. O ciclo de interação

do sistema com o ambiente impulsiona para uma mudança (KIELHOFNER; BURKE, 1980; KIELHOFNER, 2002).

O processo de mudança ocorre em 3 estágios: exploração, competência e realização. A exploração é o primeiro estágio de mudança em que às pessoas podem experimentar coisas novas e, conseqüentemente, aprender sobre suas próprias capacidades, preferências e valores. A exploração exige um ambiente relativamente seguro e pouco exigente. A competência é a fase seguinte quando as pessoas começam a solidificar novas maneiras de fazer, que foram descobertas através da exploração. Durante esta fase de mudança, as pessoas se esforçam para serem adequadas às exigências de uma situação, melhorando ou se adaptando às exigências ambientais e/ou às suas expectativas. A realização é a fase de mudança quando as pessoas têm habilidades suficientes e hábitos que lhes permitam participar plenamente em um novo trabalho, lazer ou atividade da vida diária. Durante o estágio de concretização da mudança, a pessoa integra um novo espaço de participação ocupacional na sua vida (KIELHOFNER, 2002).

A adaptação do sistema pode ser benigna ou viciosa. O ciclo benigno ocorre quando o indivíduo está desempenhando competentemente as exigências ocupacionais de seu ambiente e está satisfeito com esse desempenho. O ciclo vicioso é instalado quando a satisfação interna ou as demandas externas, ou ambas, não são atendidas (KIELHOFNER; BURKE, 1980; KIELHOFNER, 2002, 2009; POLIA; CASTRO, 2007).

A mudança é necessária para organizar o comportamento de forma a satisfazer as demandas do ambiente, portanto ocorre frente a diferentes situações e estágios da vida (KIELHOFNER, 2002, 2009). Frente as situações esperadas com o passar do tempo ou adversas, o ser humano é impulsionado a desenvolver habilidades e colocá-las em prática através da realização dos papéis próprios de cada etapa do desenvolvimento (KIELHOFNER; BURKE, 1980; KIELHOFNER, 2002, 2009; POLIA; CASTRO, 2007).

Os seguidores do MOH enfatizam que, apesar da origem norte-americana, ele é um modelo multidimensional e multicultural. Apóiam uma relação dialética entre teoria e prática com o propósito de aprimoramento contínuo de seus preceitos teóricos e maior efetividade da prática (KIELHOFNER, 2008, 2009).

Ao longo dos anos, o modelo produziu uma vasta gama de avaliações estruturadas que, na sua grande maioria, foram desenvolvidas a partir da necessidade dos terapeutas ocupacionais (KIELHOFNER, 2008, 2009). Os instrumentos criados são tanto

genéricos quanto específicos. Dentro dos instrumentos específicos encontramos o *Role Checklist*, que foi criado para avaliar os papéis ocupacionais (OAKLEY et al., 1986).

Até o presente momento, o *Role Checklist* é o único instrumento, que envolve a avaliação dos papéis ocupacionais, traduzido, adaptado transculturalmente e validado para a população brasileira, com a denominação de Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais (CORDEIRO, 2005; CORDEIRO et al., 2007).

1.6 Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

A Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais ou ainda *Role Checklist*, foi criada e empiricamente testada por Frances Oakley e colaboradores (OAKLEY et al., 1986) com a finalidade de obter informações a respeito da percepção do indivíduo quanto á participação em papéis ocupacionais ao longo da vida, sobre o grau de importância atribuído a cada papel e, de forma complementar, conhecer a capacidade de uma pessoa em manter o equilíbrio entre os papéis (OAKLEY et al., 1986; CORDEIRO, 2005; KIELHOFNER, 2008).

O instrumento, de origem americana, consiste em um inventário escrito, divididos em duas partes, que exige aproximadamente 15 minutos para ser aplicado (CORDEIRO, 2005). O seu uso é adequado para adolescentes, adultos e idosos (OAKLEY et al., 1986; VAUSE- EARLAND, 1991; COLÓN; HAERTLEIN, 2002; CORDEIRO, 2005; KIELHOFNER, 2008).

A Parte I do instrumento avalia os papéis ocupacionais através do tempo passado, presente e futuro. Os indivíduos são instruídos a verificar nas colunas de tempo os papéis que já desempenharam, desempenham atualmente e/ou planejam desempenhar no futuro. Assim, podem assinalar mais de uma coluna para cada papel ocupacional (CORDEIRO, 2005; CORDEIRO, 2007).

Na versão original, a definição do esquema de tempo foi delimitada da seguinte forma (OAKLEY et al., 1986):

- passado: se refere ao período de tempo até sete dias atrás;
- presente: se refere não somente a hoje, mas também inclui os sete dias passados;
- futuro: é qualquer tempo de amanhã em diante.

Embora haja a sugestão dessa divisão, é possível definir outros esquemas de tempo a depender dos objetivos do terapeuta ou pesquisador (CORDEIRO, 2007).

A Parte II identifica o grau de importância atribuída a cada papel, entre as opções nenhuma importância, alguma importância ou muita importância (OAKLEY et al., 1986; COLÓN; HAERTLEIN, 2002; CORDEIRO, 2005; KIELHOFNER, 2008).

O instrumento, conforme apresentado em material produzido por Cordeiro (2007), além da Parte I e II, é composto por uma folha para preenchimento dos dados de identificação do indivíduo e por outra denominada “Sumário”. O sumário condensa os dados da Parte I e II e exibe um campo de comentários destinado à análise do aplicador acerca dos resultados obtidos com o instrumento.

Os 10 papéis da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais foram originalmente obtidos após análise da literatura em psicologia social, sociologia e terapia ocupacional (OAKLEY et al., 1986; COLÓN; HAERTLEIN, 2002). São descritos de forma simples, breve e padronizada, divididos em: estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviço doméstico, amigo, membro de família, religioso, passatempo / amador e participante em organizações (OAKLEY et al., 1986; CORDEIRO, 2005; KIELHOFNER, 2008).

Em relação à validação do instrumento original em língua inglesa, os autores contaram com uma amostra de 124 adultos saudáveis de 18 a 79 anos, com média de idade de 33,5 anos. A concordância entre os papéis ocupacionais variou de 86 a 89% na Parte I e obteve média de 79% na Parte II. Em relação aos valores de Kappa, o estudo alcançou concordância moderada à quase perfeita na maioria dos resultados da Parte I e II (OAKLEY et al., 1986).

Após a publicação do estudo, a Lista foi traduzida para diversas línguas (COLÓN; HAERTLEIN, 2002; CORDEIRO, 2005; KIELHOFNER, 2008) e utilizada em muitos estudos em terapia ocupacional, tais como: relação dos papéis ocupacionais com a satisfação de vida em idosos (ELLIOTT; BARRIS, 1987; WATSON; AGER, 1991), papéis e estilos de vida das pessoas com transtornos obsessivo-compulsivo (BAVARO, 1991), a relação do número, frequência, significado e preferência do papel com a satisfação de vida em adultos (BRÄNHOLM; FUGL-MEYER, 1992), mudanças nos papéis ocupacionais de adultos após traumatismo crânio-encefálico (HALLETT et al., 1994), comparação entre os papéis de pessoas da comunidade comparadas com pacientes (DICKERSON; OAKLEY, 1995), percepções de papéis de mães de crianças pequenas (CROWE et al., 1997), os efeitos sobre os papéis de cuidadores de portadores de traumatismo crânio-encefálico (FROSCH et al., 1997), bem-estar e papéis ocupacionais entre mulheres de meia-idade (HAKANSSON et al.,

2005), uso do tempo e os papéis ocupacionais na velhice (MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007), dentre outros (COLÓN; HAERTLEIN, 2002; CORDEIRO, 2005).

Até o presente momento, a literatura aponta a validação do instrumento em três outros idiomas: francês, espanhol e português.

A versão francesa foi validada no Canadá. A amostra foi constituída por 19 indivíduos bilíngües portadores de esquizofrenia como diagnóstico primário, que se encontravam clinicamente estáveis. O estudo alcançou resultados compatíveis com o estudo norte-americano, exceto na Parte II, cuja concordância foi razoável no coeficiente de kappa (HACHEY; BOYER; MERCIER, 2001).

Colón e Haertlein (2002) utilizaram uma amostra de 14 estudantes universitários bilíngües, nos Estados Unidos, para validar a versão espanhola. Os participantes tinham idades ente 18 e 35 anos, com média de $22,4 \pm 16,5$ anos. O estudo obteve coeficientes de kappa igual a 0,907 (concordância quase perfeita) para a Parte I e 0,798 (concordância substancial) para a Parte II.

No Brasil, a tradução, adaptação transcultural e validação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais foram realizadas pela terapeuta ocupacional Júnia Cordeiro, em 2005, durante o mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP (CORDEIRO, 2005; CORDEIRO et al., 2007).

O estudo brasileiro foi pioneiro em termos de validação do instrumento dentro do próprio país de origem da língua estudada e, além disso, contou com uma amostra maior do que os estudos da versão francesa e espanhola (CORDEIRO, 2005). A amostra envolveu 25 pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), com idade entre 40 e 89 anos (média de $65,7 \pm 9,3$ anos), sendo que a maioria foi composta por homens (64%), casados (64%), escolaridade de 4 a 8 anos incompletos de estudo (44%) e indivíduos inativos (68%). Quanto aos resultados, o percentual de concordância entre os papéis ocupacionais demonstrou resultados comparáveis aos obtidos pelo estudo norte-americano, com variação de 84 a 91% na Parte I e média de concordância de 75% na Parte II, demonstrando concordância moderada a quase perfeita na maioria dos resultados (CORDEIRO, 2005; CORDEIRO et al., 2007).

Cordeiro (2005) afirma que, apesar de o instrumento ter sido validado para pacientes portadores de DPOC, em virtude da independência da concordância com as variáveis controladas, a versão brasileira pode ser considerada válida para a população em geral.

1.7 Papéis ocupacionais na velhice

As tendências atuais dos programas e políticas voltados para a população idosa no mundo enveredam a importância de se permanecer ativo para a manutenção da saúde e qualidade de vida (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003; WILCOCK, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

A literatura científica em gerontologia, representado por diferentes áreas do conhecimento, reconhecem os benefícios da participação social para o envelhecimento ativo (FRIED et al., 1997; ROWE; KAHN, 1997; BOLSONI-SILVA, 2002; BARROS; CASTRO, 2002; GAUTAM; SAITO; KAI, 2007; DEPS, 2009a; RICHARD, 2009; COUTO; NOVO; KOLLER, 2009; HWANG, 2010; FERREIRA et al., 2010; DEPONTI; ACOSTA, 2010). Contudo, apesar das controvérsias, há evidências que ocorre um declínio do engajamento social durante o processo de envelhecimento (BLACK, 1976; JACKOWAY; ROGERS; SNOW, 1987; ELLIOTT; BARRIS, 1987; WATSON; AGER, 1991; BRÄNHOLM; FUGL-MEYER, 1992; BRÄNHOLM; FUGL-MEYER, 1994; DICKERSON; OAKLEY, 1995; STANLEY, 1995; SILVA; GÜNTHER, 2000; AARTSEN et al., 2002; SALGADO, 2002; KIELHOFNER, 2002; 2008; LEON; GLASS; BERKMAN, 2003; CARNEIRO; FALCONE, 2004; BATTINI; MACIEL; FINATO, 2006; AGAHI; AHACIC; PARKER, 2006; MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007; TAMAI, 2007; FERRARI, 2007; FERRIGNO, 2007; GNANASEKARAN; MCLNTYRE; MINNS, 2007; MCLNTYRE; BRYANT, 2007; WILSON, 2007; ASHFORD; MCLNTYRE; MINNS, 2007; REYNOLDS; LIM, 2007; WILCOCK, 2007; RICHARD, 2009; GOLDSTEIN, 2009; DEPS, 2009a, b; GÜNTHER, 2009; RODRIGUES; JUSTO, 2009).

Fundamentalmente, considerando o envelhecimento como um processo heterogêneo quanto aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais durante toda a existência humana (PAPALÉO NETTO, 2002, 2007b; QUEIROZ; PAPALÉO NETTO, 2007; MCLNTYRE; ATWAL, 2007; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008), as alterações relacionadas a participação social do idoso revela-se por diferentes motivos, desde questões mais amplas, como representação social negativa de velhice, até aspectos estritamente específicos figurado por falta de interesse pessoal e estrutura restrita do ambiente domiciliar, por exemplo.

Segundo Rodrigues e Justo (2009), a despeito de o envelhecimento ser um processo inerente à vida e das recentes mudanças nas representações e valores associados ao envelhecimento, a imagem da velhice permanece atrelada aos aspectos negativos de doenças, desgastes, dores, sofrimentos, solidão, abandono e inutilidade. Outros autores discutem esses estereótipos que estão, principalmente, enraizados na cultura capitalista (SILVA; GÜNTHER, 2000; SALGADO, 2002; BARROS; CASTRO, 2002; OLIVEIRA; CRUVINEL; SANTOS,

2007; WILCOCK, 2007; REYNOLDS; LIM, 2007; DEPS, 2009a, b; CACHIONI; FALCÃO, 2009; FREIRE; NERI, 2009).

Tais concepções têm contribuído para a marginalização do idoso e para o seu afastamento das atividades, pois, além de influenciar nas demandas e oportunidades sociais, repercutem na própria percepção do idoso em relação a sua capacidade (REYNOLDS; LIM, 2007; DEPS, 2009a, b).

Deps (2009a), após revisão da literatura sobre atividade e bem-estar psicológico na maturidade, evidencia que vieses científicos, atitude paternalista, valorização da produtividade em detrimento do lazer são fatores que também podem dificultar a participação efetiva do idoso na sociedade.

O mesmo autor faz referência a dois autores, Ryff (1989 apud DEPS, 2009a) e Neri (1992 apud DEPS, 2009a), que mencionam que tanto o enfoque quanto os discursos das pesquisas tendem a ressaltar as perdas, doenças e problemas dessa fase da vida em detrimento das medidas de bem-estar e da possibilidade de crescimento e desenvolvimento nos últimos anos de vida. Essa visão pode, de forma indireta, reforçar ainda mais as crenças populares negativas em relação a velhice (DEPS, 2009a).

Outro fator que cercea o engajamento social do idoso é o paternalismo que fere a autonomia. A falta de opção, de atualização e baixa remuneração no mercado de trabalho podem igualmente restringir a população idosa de permanecer em atividade ocupacional por mais tempo (DEPS, 2009a).

Ainda segundo Deps (2009a), a aceleração da história por meio do avanço tecnológico que rechaça a experiência do idoso, a curta perspectiva de tempo futuro, a perda de amigos e contemporâneos, a privação econômica e a presença de doenças podem desmotivar o idoso a continuar envolvido em atividade ou ainda de iniciar novos projetos.

A literatura especializada destaca que o declínio das funções e estruturas do corpo, diminuição de algumas habilidades sociais e da geratividade⁴, processo de aposentadoria, viuvez, iminência da própria morte e barreiras ambientais também impactam no desempenho social da população idosa (JACKOWAY; ROGERS; SNOW, 1987; HILLMAN; CHAPARO, 1995; SILVA; GÜNTHER, 2000; SALGADO, 2002; KIELHOFNER, 2002, 2008; CORCORAN, 2004; BATTINI; MACIEL; FINATO, 2006; MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007; TAMAI, 2007; FERRARI, 2007; FERRIGNO, 2007; GNANASEKARAN; MCLNTYRE; MINNS, 2007; MCLNTYRE;

⁴ Geratividade – significa contribuir para gerações futuras por meio da produção não só de aspectos materiais, mas também do cuidado e da manutenção de outros seres (SILVA; GÜNTHER, 2000).

BRYANT, 2007; WILSON, 2007; ASHFORD; MCLNTYRE; MINNS, 2007; REYNOLDS; LIM, 2007; WILCOCK, 2007; CACHIONI; FALCÃO, 2009; GOLDSTEIN, 2009; GÜNTHER, 2009), contribuindo para a perda de papéis ocupacionais ou a substituição por papéis mais solitários e passivos (KIELHOFNER, 2002, 2008; TAMAI, 2007; FERRIGNO, 2007).

Na velhice muitos papéis perdidos não são facilmente substituídos. (KIELHOFNER, 2008). No entanto, de acordo com Blau (1973 apud ELLIOTT; BARRIS, 1987) se uma pessoa idosa tem disponíveis *papéis opcionais*, como voluntário, membro de organizações, e assim por diante, a transição da vida adulta para a velhice ocorre mais facilmente. Outros estudos acrescentam que na medida em que os idosos vão apresentando um declínio em determinados papéis ocupacionais, outros se fortalecem (BELL, 1976 apud ELLIOTT; BARRIS 1987; NEWSON; KEMPS, 2005).

Dessa forma, compreende-se que essa transição na *carreira ocupacional*, pode ser uma experiência negativa ou positiva dependendo da pessoa, de seus interesses, metas, história de vida e das circunstâncias externas ao longo da velhice (BLAU, 1973 apud ELLIOTT; BARRIS, 1987; KIELHOFNER, 2002; TAMAI, 2007; FERRARI, 2007).

Para alguns autores a experiência negativa, marcada por sentimentos de tédio, depressão, senso de inutilidade e solidão, é mais suscetível a ocorrer quando os idosos renunciam os papéis ocupacionais independente da sua vontade ou mantêm papéis pouco significativos, podendo acarretar na diminuição da sua qualidade de vida (BLAU, 1973 apud ELLIOTT; BARRIS, 1987; SELEEN, 1982 apud ELLIOTT; BARRIS, 1987; KIELHOFNER, 2002; MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007).

Por outro lado, um número cada vez maior de idosos tem resistido às vicissitudes do envelhecimento social e vem desenvolvendo um estilo de vida cada vez mais participativo e integrado (FERRIGNO, 2007). Assim, o aumento do tempo livre, a valorização dos papéis desempenhados e o engajamento em atividades significativas na velhice podem promover, ao invés de desintegração, um renascimento social na busca de novas experiências de vida (SELEEN, 1982 apud ELLIOTT; BARRIS, 1987; RAY; HEPPE, 1986 apud STANLEY, 1995; KIELHOFNER, 2002; TAMAI, 2007; FERRARI, 2007; GAUTAM; SAITO; KAI, 2007; DEPS, 2009a).

De acordo com a literatura internacional e nacional, normalmente as atividades relativas à família, ao serviço doméstico e de atividades de lazer são as mais desempenhadas pelos idosos, em prejuízo das atividades de trabalho, voluntariado e outras atividades que

contribuem para a sociedade como um todo (ELLIOTT; BARRIS, 1987; WATSON; AGER, 1991; BROWNE et al., 1994; STANLEY, 1995; KIELHOFNER, 2002; AGAHI; AHACIC; PARKER, 2006; TAMAI, 2007; FERRARI, 2007; SILVA; NERI, 2009).

Baseado em dados de uma amostra representativa de 1398 canadenses acima de 65 anos, McKinnon (1992) realizou uma pesquisa para o conhecimento das principais atividades de autocuidado, produtividade e de lazer realizadas pelos idosos e da quantidade de tempo médio despendido para cada categoria de atividade, em um período de 24 horas. Os idosos foram orientados a registrar o início e término de suas atividades diárias, local de realização e pessoa que o acompanhava durante a realização da atividade. Os dados foram coletados por meio de entrevistas telefônicas. Os resultados demonstraram que existem grandes variações no uso do tempo, mas que, em média, os idosos canadenses passam quase 9 horas dormindo, 7, 5 horas se dedicando às atividades de lazer, 5 horas ao autocuidado e somente 3 horas às atividades produtivas que englobaram as atividades de trabalho, estudo, participação em organizações, cuidado de crianças e de serviço doméstico.

Stanley (1995) investigou a relação entre o tempo despendido em ocupações e a satisfação com a vida de 58 idosos australianos, de idades entre 70 a 89 anos. Os instrumentos utilizados foram o *Satisfaction with Life Scale (SWLS)* (DIENER et al., 1985) e o *Time Diary* (AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS, 1997). Os resultados demonstraram que os idosos passam a maior parte do tempo em atividades de autocuidado e em ocupações ociosas, como o descanso e o lazer passivo. Também evidenciou diferenças de gênero no que se refere ao envolvimento e quantidade de tempo gasto em ocupações: as mulheres passam mais tempo fazendo trabalhos domésticos, tais como limpeza da casa e preparo de refeições, enquanto que os homens se dedicam mais à manutenção do carro e reparos da casa. Neste estudo não foi possível confirmar a relação entre o tempo gasto em ocupações significativas e a satisfação com a vida. As principais limitações envolveram o tamanho limitado da amostra e o tempo de coleta, que ocorreu em 3 semanas, durante o período do inverno.

No âmbito nacional, o estudo descrito por Silva e Günther (2000) investigou os papéis sociais e as tarefas evolutivas⁵ desempenhadas por 98 adultos, com idade acima de 50 anos, moradores de um assentamento do Distrito Federal. Para a coleta dos dados foi utilizado

⁵ Tarefas evolutivas – são formas de organização que devem ocorrer em determinada fase da vida para o desenvolvimento adequado do indivíduo. São enfrentadas de maneira diferente, devido aos valores, maturação física, expectativas sociais, oportunidades, preferências, competências e recursos (SILVA; GÜNTHER, 2000).

um questionário com 17 questões abertas e 15 fechadas. Os autores constataram que os papéis sociais são influenciados pelas variáveis demográficas, como sexo, idade, escolaridade, ocupação, naturalidade e estado civil, e, também, pelas variáveis relativas à moradia atual. Apesar da limitação verificada em relação a delimitação da população de estudo e da interferência de terceiros durante as entrevistas, verifica-se a necessidade em compreender a cultura e reconhecer o suporte social do idoso ao se avaliar os papéis sociais.

Ainda em nosso meio, Doimo, Derntl e Lago (2008) investigaram o uso do tempo de 75 idosas pertencentes a grupos de convivência de uma Unidade Básica de Saúde, da cidade de São Paulo. O *Time Diary* (AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS, 1997) foi utilizado para a coleta de dados sobre as atividades diárias, o uso do tempo e para o conhecimento do contexto físico (local) e social (parceiros sociais) das atividades. As pesquisadoras verificaram que as idosas, em grande parte do tempo, são dedicadas às atividades domésticas, seguida pelas atividades de recreação e lazer. No entanto, a maior proporção do tempo livre destinou-se ao lazer passivo (assistir televisão), com pouco envolvimento em atividades físicas e de leitura. O desenvolvimento das atividades diárias ocorria, principalmente, no próprio domicílio e, em relação ao contexto social, geralmente as idosas estavam em companhia de outras pessoas. A pesquisa permitiu vislumbrar o estilo de vida do grupo estudado e, apesar da amostra ser de conveniência e formada exclusivamente por mulheres, possibilitou o direcionamento para futuras pesquisas com o intuito de acompanhar as trajetórias de envelhecimento.

A pesquisa realizada por Ribeiro e colaboradoras (2009), com 155 idosos residentes na comunidade de Juiz de Fora / MG, teve como objetivo analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, de saúde e participação em atividades físicas e ocupacionais. Para a coleta dos dados referentes às atividades ocupacionais foi utilizada uma tabela estruturada contendo 10 papéis, onde os entrevistados, além de indicarem as atividades realizadas, pontuavam a sua frequência. Os indicadores socioeconômicos da amostra desse estudo foram superiores aos indicadores da população idosa brasileira. Os idosos apresentaram maior engajamento em atividades instrumentais da vida diária, que nesse estudo são compreendidas pelas atividades de sair para fazer compras, realizar serviços domésticos e jardinagem. Observou-se associação entre maior realização das atividades ocupacionais com o gênero feminino, melhor saúde relatada e com maior escolaridade, renda familiar e capacidade funcional. Frente a compreensão limitada sobre a importância social e preventiva que o estilo de vida ativo pode ter para o envelhecimento, os pesquisadores reforçam que

futuras investigações devem, além de prosseguir no levantamento do estilo de vida dos idosos brasileiros residentes na comunidade, avançar para a compreensão da sua implicação no bem-estar físico e psicológico dessa população, visando, sobretudo, o planejamento de ações interventivas.

No que se refere especificamente aos papéis ocupacionais na velhice, Elliott e Barris (1987) realizaram um inquérito, não presencial, para identificar a relação do número de papéis ocupacionais e do seu grau de importância com a satisfação de vida. A amostra foi composta por 112 idosos membros de organizações da terceira idade, com idade acima dos 65 anos (média de $72 \pm 5,1$ anos) e residentes na comunidade da cidade Virgínia/EUA. Os instrumentos utilizados foram a *Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais* (OAKLEY et al., 1986) e o *Lohmann's Satisfaction Scale* (LOHMANN, 1980). Os resultados apontaram mudanças no comportamento ocupacional dos idosos, na comparação entre o passado e presente, com perda média de, pelo menos, um papel ocupacional. Os principais papéis perdidos foram de trabalhador, estudante e voluntário. No entanto, os idosos obtiveram ganho nos papéis de serviço doméstico, amigo, membro de família, religioso e passatempo / amador. Os idosos atribuíram maior valor aos papéis de membro de família, religioso, passatempo / amador, amigo e serviço doméstico, nesta ordem. É fundamental ressaltar que os escores médios dos papéis não foram significativamente diferentes entre homens e mulheres. Os resultados gerais demonstraram correlação positiva entre o número de papéis ocupacionais desempenhados ($r = 0,26$, $p \leq 0,1$) e o seu grau de importância ($r = 0,29$, $p \leq 0,1$) com a satisfação com a vida. As limitações do estudo envolveram a falta de heterogeneidade da amostra em relação as características socioeconômicas e de saúde e o uso de correlação de Pearson para a análise dos dados ordinais. Para futuras pesquisas, os autores sugerem uma maior investigação sobre o tema e também a comparação do desempenho dos papéis ocupacionais em diferentes contextos.

O estudo realizado por Watson e Ager (1991), envolvendo 75 adultos, de 50 a 90 anos (média de 69 anos), vivendo na comunidade de Colorado/EUA, apresentou resultados semelhantes ao estudo de Elliott e Barris (1987), no tocante ao desempenho e valor dos papéis. O objetivo do estudo foi analisar a relação entre a frequência do desempenho dos papéis ocupacionais no tempo presente e o valor atribuído aos papéis com a qualidade de vida. Também investigou a relação da satisfação de vida com as variáveis de idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda e percepção de saúde. Para isso foi utilizado a *Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais* (OAKLEY et al., 1986), porém com modificações em

relação a frequência de realização dos papéis (nunca, raramente, frequentemente, muitas vezes e diariamente) e do seu grau de importância (nada, pouco, moderadamente, bastante, muito importante), e o *Life Satisfaction Index* (NEUGARTEN; HAVIGHURST; TOBIN, 1961). Os papéis mais desempenhados foram de serviço doméstico, membro de família e amigo, respectivamente, sendo que os participantes atribuíram maior importância aos mesmos papéis ocupacionais desempenhados. O estudo não suportou a hipótese preliminar de correlação entre a frequência dos papéis ocupacionais e a satisfação com a vida e, apesar das limitações em relação a amostra homogênea e da alteração da mensuração da *Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais*, ofereceu grande contribuição ao levantar a importância de considerar a escolha do idoso no envolvimento dos papéis para o processo de avaliação de qualidade de vida. Na conclusão do trabalho, os autores apontaram diversos questionamentos com destaque para o conhecimento do efeito do contexto social sobre o desempenho dos papéis ocupacionais e a satisfação com a vida, além da possibilidade de adaptação do idoso diante das mudanças de papéis e do uso dessas informações pelos terapeutas ocupacionais no tratamento e planejamento de programas específicos a essa clientela.

O estudo de McKenna, Broome, Liddle (2007) envolveu 195 australianos participantes de organizações, com idade acima de 65 anos (média de 72 anos), com o objetivo de analisar o uso do tempo e os papéis ocupacionais, verificar alterações nesses dois aspectos com o aumento da idade e a sua relação com a satisfação com a vida. Os instrumentos utilizados foram *Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais* (OAKLEY et al, 1986) e *Life Satisfaction Index* (NEUGARTEN; HAVIGHURST; TOBIN, 1961). Foi possível constatar que os idosos passam a maior parte do tempo dormindo, seguida pelas atividades de lazer solitário, atividades instrumentais da vida diária, lazer social e atividades básicas da vida diária, o que, em parte, confirmam os achados das pesquisas realizadas por McKinnon (1992) e Stanley (1995). Os idosos realizam a maior parte das atividades em casa (85%) e na companhia de outras pessoas (58%). Em relação aos papéis ocupacionais estão mais envolvidos com o papel de amigo, membro de família, serviço doméstico e passatempo / amador, e, os principais papéis que valorizam são os de membro de família e amigo. Esses resultados corroboram os dados encontrados por Elliott, Barris (1987) e Watson, Ager (1991). No geral, essa pesquisa demonstrou que o aumento da idade não parece reduzir o engajamento em papéis ocupacionais, o valor depositado ao papel ocupacional nem sempre reflete na quantidade de tempo dedicado a ele e a manutenção do papel ocupacional está

significativamente relacionada à satisfação com a vida em idosos da faixa de idade dos 75 aos 84 anos.

McKenna, Broome e Liddle (2007) enfatizam que há poucos estudos sobre os papéis ocupacionais na velhice e descrevem três razões para a sua investigação:

Em primeiro, com as mudanças demográficas no mundo inteiro, é provável que o número de idosos que será cliente do terapeuta ocupacional irá aumentar. Por esse motivo, o conhecimento dos papéis ocupacionais pode ajudar na compreensão da composição e amplitude da ocupação diária do idoso, destacando suas prioridades, metas e escolhas e, conseqüentemente, na definição dos objetivos terapêuticos. O outro fator envolve que as informações sobre os papéis podem potencialmente ser utilizadas por pesquisadores no comparativo de populações com base nas condições de saúde, cultura, influências sociais, ambiente físico ou localização geográfica para inferências sobre os fatores que influenciam a vida das pessoas idosas. A terceira razão apreende que o entendimento sobre o assunto pode auxiliar na refutação dos estereótipos negativos atribuídos à velhice que, ainda hoje, limita a compreensão da diversidade de estilos existentes adotados pela população idosa (MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007).

No Brasil, após a validação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, alguns terapeutas ocupacionais, de forma isolada, têm caminhado em suas práticas clínicas para o conhecimento dos papéis ocupacionais no processo de envelhecimento. Em 2009, Cordeiro (2010), após um levantamento sobre o desenvolvimento de estudos brasileiros que utilizaram esse instrumento, constatou a existência de 7 trabalhos com idosos, mas nenhum voltado para a pesquisa (ANEXO A).

Ainda em nosso meio, até fevereiro de 2012, nenhuma pesquisa científica foi localizada sobre os papéis ocupacionais na velhice. A revisão da literatura foi realizada na Bireme⁶, através do método integrado, selecionando todos os índices e todas as fontes, com o descritor “papel ocupacional”, refinada por “idoso” no grupo limites. Os periódicos de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo - USP⁷ e Universidade Federal de São Carlos - UFSCar⁸, além dos bancos de teses e dissertações do Instituto Brasileiro de

⁶ Disponível em <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>

⁷ Disponível em http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1415-9104&lng=es&nrm=iso

⁸ Disponível em <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos>

Informação Científica e Tecnológica - IBICT⁹ e da CAPES¹⁰, também foram analisados, através do uso da palavra “papel ocupacional”.

Recentemente, a terapeuta ocupacional Claudia Aline Valente Santos realizou a defesa de sua dissertação de mestrado intitulada “Identificação de Papéis Ocupacionais e Sintomas Depressivos em Idosos”, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FMRPUSP. O estudo, que está em processo de publicação, foi realizado com 72 idosos, de 60 a 90 anos (média de $74,8 \pm 7,2$ anos), 32 com sintomas depressivos e 40 sem sintomas depressivos, atendidos no Ambulatório de Triagem e Retornos Curtos em Geriatria (GERI) do Hospital das Clínicas da FMRPUSP. Os instrumentos utilizados foram *Mini-Exame do Estado Mental* (BERTOLUCCI et al., 1994), *Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida* (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999a), *Escala de Eventos Vitais* (SAVOIA, 1999) e *Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais* (CORDEIRO, 2005). Os resultados do aludido estudo demonstraram a ocorrência de perda de papéis ocupacionais nos grupos com e sem sintomas depressivos, contudo, não demonstraram associação entre sintomas depressivos e desempenho ocupacional. A autora concluiu que é provável que o próprio processo de envelhecimento, e não a presença de sintomas depressivos, levaria a perda de papéis ocupacionais na velhice. Além de sugerir a realização de novas pesquisas, reforça a carência de estudos que abordem a participação em atividades e o desempenho ocupacional de pessoas idosas, considerando os aspectos subjetivos e socioculturais (SANTOS, 2012).

Embora tendências explicativas sobre as mudanças nos papéis ocupacionais do idoso tenham recebido atenção considerável na literatura e pesquisas explorem o engajamento social do idoso, muito pouco se sabe, efetivamente, sobre todos os papéis ocupacionais desempenhados na velhice e a sua relação com qualidade de vida.

1.8 A relação entre os papéis ocupacionais e a qualidade de vida na velhice

A literatura científica dispõe de um considerável corpo de pesquisa que explora a relação da participação social do idoso com sua qualidade de vida. Entretanto, grande parte dos estudos discute o tema de forma genérica, superficial ou com foco em determinados papéis.

⁹ Disponível em <http://bdtd.ibict.br/>

¹⁰ Disponível em <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/>

Em sua totalidade, os estudos de qualidade de vida na velhice ou de envelhecimento bem-sucedido demonstram, dentro da esfera da participação social, uma associação entre esses aspectos com o engajamento em atividades de trabalho, de lazer, em atividades físicas e voluntárias e o relacionamento familiar e de amigos (GREGORY, 1983; FARQUHAR, 1995; MARCON et al., 1999; MORAES; SOUZA, 2005; VECCHIA et al., 2005; CUPERTINO; ROSA; RIBEIRO, 2007; LUZ; AMATUZZI, 2008; RAMOS; SOUZA; CALDAS, 2008; GUREJE et al., 2008; CHAVES et al., 2009; IRIGARAY; TRENTINI, 2009; ALVARENGA et al., 2009; MEIRELLES et al., 2010; FERREIRA et al., 2010).

Na mesma linha, as pesquisas prospectivas que abordam especificamente o envolvimento da população idosa, por exemplo, em Universidades da Terceira Idade, Centros de Convivência e Programas de intervenção multidisciplinar, confirmam que ocorre o aumento da qualidade de vida dos idosos após o engajamento nesses projetos (CACHIONI, 1998; CASTRO et al., 2007; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008; TAMAI et al., 2011).

Certamente, todas essas investigações vêm contribuindo para maior compreensão do envelhecimento social. No entanto, são raros os estudos que abordam os papéis ocupacionais em conjunto e suas implicações no processo de envelhecimento ativo.

Os estudos internacionais, previamente citados, que adotaram essa perspectiva, foram desenvolvidos por Elliott e Barris (1987), Watson e Ager (1991) e McKenna, Broome e Liddle (2007). Essas pesquisas não são atuais e apresentam, além dos contextos sócio-econômico e cultural diferentes da nossa realidade, divergências na relação do desempenho de papéis ocupacionais com a satisfação de vida.

No contexto brasileiro, como supracitado, nenhuma pesquisa científica foi localizada abordando às relações dos papéis ocupacionais com a qualidade de vida de idosos.

Deste modo, diante da escassez de estudos associados com o potencial de investigação da prática de terapia ocupacional, sua contribuição para o desempenho de papéis ocupacionais, algumas evidências de relação de papéis ocupacionais com a qualidade de vida e, por fim, a promoção do envelhecimento ativo como tendência mundial, surgiu a seguinte hipótese:

Existe associação entre os papéis ocupacionais e a qualidade de vida em idosos residentes na comunidade?

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Identificar se há associação entre os papéis ocupacionais e a qualidade de vida em idosos residentes na comunidade.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o grau de importância atribuído aos papéis ocupacionais;
- Verificar se há associação entre os papéis ocupacionais e as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde;
- Verificar se há associação entre a qualidade de vida e as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde;
- Avaliar a prevalência de sintomatologia depressiva;
- Verificar se há associação entre sintomatologia depressiva e as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde;
- Verificar se há associação entre sintomatologia depressiva e papéis ocupacionais;
- Verificar se há associação entre sintomatologia depressiva e qualidade de vida.

3 MÉTODO

O método utilizado como referência para descrição desse estudo foi baseado na versão traduzida e adaptada para o português (MALTA et al., 2010) da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* – STROBE¹¹ (VANDENBROUCKE et al., 2007).

3.1 Delineamento

Estudo exploratório, descritivo, correlacional, seccional, com abordagem quantitativa.

3.2 Participantes

Participaram do estudo 67 idosos, associados da União dos Aposentados de Araras - UNIAPA, sendo 33 homens e 34 mulheres.

Os critérios para inclusão foram:

1. Idade entre 70 e 84 anos. A faixa de idade foi definida considerando-a como um período de velhice plena;
2. Residir na comunidade;
3. Participar voluntariamente do estudo, firmando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

¹¹ STROBE representa uma iniciativa de colaboração internacional de epidemiologistas, metodólogos, estatísticos, pesquisadores e editores envolvidos na realização e divulgação de estudos observacionais, com o objetivo comum de melhorar a qualidade da descrição dos estudos de coorte, caso-controle e seccionais. Foi originalmente publicada em inglês, em 2007, e, posteriormente, traduzida para 8 idiomas, inclusive para o português do Brasil. A iniciativa STROBE oferece um modelo com 22 itens relacionados a informações que devem estar presentes no título, resumo, introdução, metodologia, resultados e discussão de artigos científicos (VANDENBROUCKE et al, 2007; MALTA et al, 2010).

Os critérios de exclusão consistiram em:

1. Apresentar limitações que impossibilitassem a comunicação, de acordo com a percepção do entrevistador;
2. Apresentar comprometimento cognitivo, de acordo com o Mini-Exame do Estado Mental - MEEM;
3. Apresentar dependência nas atividades básicas da vida diária, de acordo com a Escala de Katz.

3.3 Contexto

O estudo foi realizado com os associados da União dos Aposentados de Araras – UNIAPA que está sediada na cidade de Araras, localizada a 153 km da capital São Paulo (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2011).

O município de Araras possui, aproximadamente, 118.843 habitantes, sendo que 14.854, ou seja, 12,5% são idosos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011), e o Índice de Envelhecimento chega a 63,5% (FUNDAÇÃO SEADE, 2011).

Alguns indicadores econômicos e sociais da cidade estão exibidos na Tabela 3.3.1.

Tabela 3.3.1 - Indicadores econômicos e sociais da cidade de Araras/SP

Indicadores	Valores
PIB per capita*	18.849,46 reais
Índice de Gini*	0,41
Índice de Pobreza*	13,9%
Índice de Desenvolvimento Humano**	0,828
Índice FIRJAN de desenvolvimento municipal***	0,8784

Fonte: * INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011; ** ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2011, 2011; *** FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2011.

A UNIAPA é uma associação que reúne aposentados e pessoas preocupadas com a sua futura aposentadoria e/ou de seus familiares, com objetivo principal de defender os interesses econômicos, profissionais, sociais e políticos dos seus associados. Para isso, além dos encontros mensais para socialização, há a publicação de boletim de notícias para orientação sobre diversos assuntos de interesse do grupo e agenciamento de passeios turísticos. Possui convênio com profissionais de saúde, laboratórios de análises clínicas, escolas de idiomas e informática, escritórios de advocacia, serviços funerários, academia, entre outros serviços.

Apesar dos serviços oferecidos pela UNIAPA e instituições conveniadas, somente um pequeno grupo participa, ainda de forma esporádica, dos eventos e dos serviços oferecidos.

Esta associação, fundada em 21/10/2008, dispõe de, aproximadamente, 700 associados, e garante a sua manutenção através das contribuições pagas pelos associados no valor de R\$ 4,00 mensais (equivalente US\$ 2,50).

A UNIAPA foi escolhida para ser campo da pesquisa dentre outras sete instituições sociais e de saúde de Araras, públicas e privadas, por oferecer um maior número de idosos dentro da faixa etária de intenção de estudo do pesquisador (70 aos 84 anos),

equilíbrio entre o gênero e maior diversidade socioeconômica, quando comparada com as outras instituições visitadas.

As instituições de Araras, que oferecem assistência a idosos, foram visitadas nos meses de abril e maio de 2010. No dia 28 de junho, foi entregue a solicitação de autorização ao Presidente da UNIAPA para a realização da pesquisa, e o regresso do aceite ocorreu na mesma data.

3.4 Instrumentos

3.4.1 Mini-Exame do Estado Mental – MEEM (ANEXO B)

Elaborado por Folstein, Folstein e Mchugh (1975) é um instrumento utilizado mundialmente, que serve para rastreio de comprometimento cognitivo (BRUCKI et al., 2003; LOURENÇO; VERAS, 2006). Embora planejado para ser empregado em ambiente clínico, por apresentar boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste, tem sido muito útil em estudos epidemiológicos e como teste integrante de várias baterias neuropsicológicas (VIEIRA; KOENING, 2002; BRUCKI et al., 2003; LOURENÇO; VERAS, 2006; VENTURA; BOTTINO, 2007).

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; BRASIL, 2006).

Em nosso meio, na primeira versão publicada por Bertolucci e colaboradores (1994), foi observada forte e clara influência da escolaridade sobre os escores do MEEM. A partir disso outras versões validadas no Brasil levaram em consideração a escolaridade do

indivíduo para a definição do ponto de corte (ALMEIDA, 1998; BRUCKI et al.; 2003; LOURENÇO; VERAS, 2006).

Lourenço e Veras (2006), na validação do instrumento com idosos ambulatoriais, sugeriram o ponto de corte 18/19 para idosos sem instrução escolar prévia (sensibilidade = 73,5%; especificidade = 73,9%) e 24/25 (sensibilidade = 75%; especificidade = 69,7%) para idosos com instrução escolar formal prévia, respectivamente.

Esse instrumento foi utilizado no estudo para a exclusão de sujeitos com provável comprometimento cognitivo, a fim de não afetar a credibilidade dos resultados pela dificuldade dos idosos em compreender as questões. O ponto de corte aplicado foi 18/19 (comprometimento cognitivo / não comprometimento cognitivo) para idosos analfabetos e 24/25 pontos (comprometimento cognitivo / não comprometimento cognitivo) para idosos com instrução escolar, como sugerido por Lourenço e Veras (2006).

3.4.2 Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens – EDG – 15 (ANEXO C)

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 rastreamento de sintomas depressivos em idosos, tem sido substituído 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 (não caso / caso) 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, b; SOUZA, 2007).

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

A EDG-15 é um teste de perguntas objetivas, com respostas dicotômicas “sim” ou “não”, onde a cada resposta afirmativa soma-se 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).

Em decorrência da alta prevalência de depressão em idosos, inclusive residentes na comunidade, e da intensidade do impacto negativo na vida desses sujeitos (VERAS; MURPHY, 1994; COPELAND, 1999; PORCU et al., 2002; BLAZER 2003, 2009; BERLIM et al., 2005; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; BRASIL, 2006; GONÇALVES; ANDRADE, 2010; DASGUPTA, 1998), optou-se em utilizar os resultados obtidos pela escala para caracterização e análise da população estudada e não como critério de exclusão dos sujeitos no estudo.

3.4.3 Escala de Katz (ANEXO D)

A Escala de Katz ou, ainda, Escala de Independência em Atividades Básicas da Vida Diária, foi construída 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 citados na literatura nacional e internacional (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 Chronbach (LINO et al., 2008).

A Escala de Katz é composta de seis itens que medem o desempenho 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, onde 6 significa independência, 4 indica dependência parcial e 2 dependência importante. O ponto de corte utilizado foi 4/5 (dependência / independência) (BRITO; NUNES; YUASO, 2007).

Na pesquisa, a escala foi aplicada para a exclusão de sujeitos com dependência nas atividades básicas da vida diária, já que a literatura ratifica a relação dessa variável com a qualidade de vida (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; COVINSKY et al., 1999; RIBEIRO et al., 2002; ROSA et al., 2003; SOUZA; GALANTE; GIGUEIREDO, 2003; NERI, 2004; PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005; PEREIRA et al., 2006; MACIEL; GUERRA, 2008; TORRES et al., 2009; PASKULIN; VIANNA; MOLZAHN, 2009; MEIRELLES et al., 2010) e com o engajamento social (LEON; GLASS; BERKMAN, 2003; RIBEIRO et al., 2009).

3.4.4 Ficha de identificação (APÊNDICE A)

A Ficha de identificação foi elaborada pela pesquisadora, a fim de obter dados demográficos, socioeconômicos e de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevista.

3.4.5 Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais (ANEXO E)

Este instrumento foi criado pela terapeuta ocupacional Frances Oakley e colaboradores (OAKLEY et al., 1986) com o propósito de obter informações a respeito da percepção do indivíduo quanto a participação em papéis ocupacionais ao longo da vida e sobre o grau de importância atribuído a cada papel. Também possibilita extrair, de forma complementar, dados sobre a capacidade do indivíduo em manter o equilíbrio entre os papéis,

uma vez que poderá avaliar as perdas e ganhos de papéis entre as dimensões de passado, presente e planejamento para o futuro (OAKLEY et al., 1986; CORDEIRO, 2005; KIELHOFNER, 2008).

Os dez papéis ocupacionais apresentados para coleta de dados são (CORDEIRO, 2005):

1. Estudante: Freqüentar a escola de tempo parcial ou integral;
2. Trabalhador: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral;
3. Voluntário: Serviços gratuitos, pelo menos uma vez por semana, em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.;
4. Cuidador: Responsabilidade, pelo menos uma vez por semana, em prestar cuidados a filho, esposo (a), parente ou amigo;
5. Serviço doméstico: Pelo menos uma vez por semana, responsável pelo cuidado da casa através de serviços como, por exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.;
6. Amigo: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, pelo menos uma vez por semana, com amigo;
7. Membro de família: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, pelo menos uma vez por semana, com um membro da família tal como filho, esposo (a), pais ou outro parente;
8. Religioso: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em grupos ou atividades filiadas a sua religião (excluindo-se o culto religioso);
9. Passatempo / Amador: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em atividades de passatempo ou como amador tais como costurar, tocar um instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.;
10. Participante em Organizações: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em organizações tais como *Rotary* ou *Lions Club*, Vigilantes do Peso, etc.

A questão central da Lista é identificar os papéis que servem para organizar a vida diária dos indivíduos. Assim, a frequência do desempenho está incluída nas definições dos papéis, como exposto acima (CORDEIRO, 2005).

Além dos 10 papéis ocupacionais, o instrumento disponibiliza um campo para um papel não listado que se tenha desempenhado, desempenha no momento e/ou planeja desempenhar no futuro (OAKLEY et al., 1986; CORDEIRO, 2005).

O impresso para coleta de dados é dividido em duas partes. A parte I avalia a percepção do indivíduo sobre a sua participação nos principais papéis ocupacionais ao longo da vida, a parte II identifica o grau de importância atribuída a cada papel (OAKLEY et al., 1986; CORDEIRO, 2005).

É importante frisar que na parte I, além de assinalar a percepção do idoso sobre o seu desempenho ocupacional no passado, presente e futuro, como sugere o instrumento, tomamos nota acerca das atividades desenvolvidas dentro de cada papel ocupacional.

O esquema de tempo utilizado no estudo consiste em:

- passado: se refere ao período dos 40 aos 60 anos;
- presente: inclui o dia de hoje e os sete dias anteriores;
- futuro: é qualquer momento a partir de amanhã.

Para a definição do esquema de tempo foi utilizado como base os estudos que aplicaram a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais em idosos (ELLIOTT; BARRIS, 1987; WATSON; AGER, 1991; MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007). Os artigos de Elliott e Barris (1987) e McKenna, Broome e Liddle (2007) não apresentaram a descrição do esquema de tempo, sugerindo, portanto, a sua aplicação de forma usual, como recomendado por Oakley e colaboradores (1986), conforme demonstrado:

- passado: se refere ao período de tempo até sete dias atrás;
- presente: se refere não somente a hoje, mas também inclui os sete dias passados;
- futuro: é qualquer tempo de amanhã em diante.

De outro modo, no estudo de Watson e Ager (1991) utilizou-se o seguinte marco:

- passado: dos 40 anos até o ano passado;

- presente: ano atual;
- futuro: próximo ano e todos os outros anos que se seguirão.

Além disso, foram realizadas consultas com a terapeuta ocupacional Junia Jorge Rjeille Cordeiro e com outros colegas que estavam utilizando o instrumento com idosos no Brasil (CORDEIRO, 2010). A solicitação aos terapeutas ocupacionais foi realizada via e-mail e, dos 7 contatados, somente 2 responderam, Patrícia Cotting Homem de Mello e Alfredo Fernandes Baptista Júnior, descrevendo que aplicaram o instrumento utilizando a definição usual do esquema de tempo.

No presente estudo, os tempos presente e futuro permaneceram com a delimitação original, criada por Oakley e colaboradores (1986). Já o passado foi definido dos 40 aos 60 anos, visando distinguir a percepção dos participantes da pesquisa em relação à transição ocupacional da vida adulta madura à velhice, ou seja, o período imediatamente anterior a fase de aposentadoria e não toda a vida pregressa. O período de toda a vida pregressa pode envolver muito papéis, mesclando fases mais ativas com atividades não praticadas há muito tempo. O limite inferior de 40 anos foi determinado a partir do estudo de Watson e Ager (1991) e os 60 anos marcaram o término desse período, pois é a idade que classifica a pessoa como idosa na sociedade brasileira.

Para a investigação do equilíbrio entre os papéis, analisamos as combinações de desempenho nos 3 tempos. Os Padrões de Desempenho de Papéis Ocupacionais foram nomeados respeitando a terminologia utilizada por Souza (2008):

- Perda1: é caracterizado pela presença de determinado papel no passado, em combinação com a ausência desse mesmo papel no presente e a ausência de intenção ou desejo do sujeito em desempenhar esse papel no futuro;

- Perda 2: é caracterizado pela presença de determinado papel no passado, em combinação com a ausência desse mesmo papel no presente e a presença de intenção ou desejo do sujeito em desempenhar esse papel no futuro;

- Ganho1: é caracterizado pela ausência de determinado papel no passado, em combinação com a presença desse mesmo papel no presente e a ausência de intenção ou desejo do sujeito em desempenhar esse papel no futuro;

- Ganho 2: é caracterizado pela ausência de determinado papel no passado, em combinação com a presença desse mesmo papel no presente e a presença de intenção ou desejo do sujeito em desempenhar esse papel no futuro;

- Contínuo1: é caracterizado pela presença de determinado papel no passado, em combinação com a presença desse mesmo papel no presente e a ausência de intenção ou desejo do sujeito em desempenhar esse papel no futuro;

- Contínuo 2: é caracterizado pela presença de determinado papel no passado, em combinação com a presença desse mesmo papel no presente e a presença de intenção ou desejo do sujeito em desempenhar esse papel no futuro;

- Mudança: é caracterizado pela ausência do exercício de determinado papel no passado, em combinação com a ausência do exercício desse mesmo papel no presente e a presença de intenção ou desejo do sujeito em desempenhar esse papel no futuro;

- Ausente: é caracterizado pela ausência do exercício de determinado papel no passado, em combinação com a ausência do exercício desse mesmo papel no presente e a ausência de intenção ou desejo do sujeito em desempenhar esse papel no futuro.

A Tabela 3.4.5.1 apresenta as unidades de tempo referentes aos Padrões de Desempenho de Papéis Ocupacionais.

Tabela 3.4.5.1 – Padrões de Desempenho de Papéis Ocupacionais

PADRÕES DE DESEMPENHO	ESQUEMA DE TEMPO		
	Passado	Presente	Futuro
Perda 1	X	-	-
Perda 2	X	-	X
Ganho 1	-	X	-
Ganho 2	-	X	X
Contínuo 1	X	X	-
Contínuo 2	X	X	X
Mudança	-	-	X
Ausente	-	-	-

Fonte: SOUZA, 2008.

Apesar de a Lista ser auto-aplicável, necessitando do aplicador somente para esclarecimento de dúvidas, é possível utilizá-la em forma de entrevista, mas sempre garantindo ao entrevistado a visualização do instrumento (CORDEIRO, 2007). Essa última opção foi a selecionada para o uso nesta pesquisa, visando padronizar o modo de aplicação à população estudada.

A Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais foi utilizada no estudo por ser o único instrumento que avalia os papéis ocupacionais traduzido e validado para o Brasil, ser de aplicação rápida e fácil, além do seu uso em diversas populações e em diferentes países.

É importante enfatizar que a terapeuta ocupacional Júnia Jorge Rjeille Cordeiro (juniacordeiro@terra.com.br), que adaptou e validou a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais no Brasil, autorizou o uso do instrumento na pesquisa e da planilha do Excel® de sua autoria, para o registro e cálculos estatísticos básicos, denominada Banco de Dados Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais versão beta 5.

3.4.6 Roteiro de entrevista sobre os papéis ocupacionais (APÊNDICE B)

O roteiro de entrevista foi elaborado pela pesquisadora a partir da análise de estudos em que foi utilizada a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais em idosos (ELLIOTT; BARRIS, 1987; WATSON; AGER, 1991; MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007), além do roteiro de entrevista desenvolvido pela terapeuta ocupacional Clarissa C. Macedo de Souza, sob a orientação da Profa. Dra. Marysia M. R. De Carlo, para a pesquisa de monografia intitulada “Os papéis ocupacionais da mulher fibromiálgica” apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (SOUZA, 2008).

As questões estruturais foram desenvolvidas para a investigação de cada papel ocupacional considerando os tempos passado e presente. Além das questões, foi elaborada uma tabela para a indicação do papel ocupacional (estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviço doméstico, amigo, membro de família, religioso, passatempo / amador e participante em organizações) e do seu padrão de desempenho, divididos em: ausente (papel não assinalado no passado e no presente), perda (papel assinalado no passado e não assinalado no presente), contínuo (papel assinalado no passado e no presente) e ganho (papel não assinalado no passado e assinalado no presente).

A pergunta 1, referente aos motivos da ausência ou da perda do papel ocupacional, foi feita aos sujeitos somente quando o padrão de desempenho do papel era

indicado como *ausente* ou *perda*. Em contrapartida, as perguntas 2 a 5, que dizem respeito a escolha, desempenho com qualidade, dificuldades e benefícios do papel, foram realizadas quando indicado o padrão *contínuo* ou *ganho*.

Os dados foram coletados por meio de entrevista e, apesar das alternativas de respostas das questões, foram preenchidas pelo entrevistador a partir das respostas dos sujeitos.

3.4.7 WHOQOL-BREF (ANEXO F) e WHOQOL-OLD (ANEXO G)

Os instrumentos *Quality of Life Instrument Bref* -WHOQOL-BREF e *Quality of Life Group-old* - WHOQOL-OLD foram criados pelo Grupo WHOQOL. Ambos, assim como o *Quality of Life Instrument 100* - WHOQOL-100, foram desenvolvidos e validados de forma transcultural, envolvendo, simultaneamente, centros de estudos de diversos países (FLECK et al., 2000; MORENO et al., 2006).

O WHOQOL-BREF é uma versão abreviada do WHOQOL-100. O seu desenvolvimento partiu da necessidade de instrumentos de preenchimento rápido, mas com características psicométricas satisfatórias (THE WHOQOL GROUP, 1998b; FLECK et al., 2000; FLECK, 2000). Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países (THE WHOQOL GROUP, 1998a).

A versão reduzida é composta de 26 questões, sendo duas delas gerais de qualidade de vida e as demais representando cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100. O critério de seleção das questões foi tanto conceitual quanto psicométrico, considerando a sua abrangência e correlação com o escore total do instrumento original. Essas 24 questões estão divididas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente (FLECK et al., 2000; MORENO et al., 2006; CHACHAMOVICH, FLECK, 2008).

Além dos quatro domínios, o instrumento disponibiliza, a partir das duas primeiras questões, uma *avaliação global* da qualidade de vida. Todas as respostas são compostas por escala graduada (tipo *Likert*), com escores que variam de um a cinco pontos. O escore total da *avaliação global* é de 25 pontos e a pontuação de cada domínio varia de quatro a vinte pontos ou de zero a cem pontos, dependendo da sintaxe utilizada (quanto mais alta a pontuação, supõe melhor qualidade de vida). O instrumento e a sua sintaxe estão disponíveis no endereço www.ufrgs.br/psiq - instrumentos de pesquisa (MICHELONE; SANTOS, 2004; PEREIRA et al., 2006; MORENO et al., 2006; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

Pela dificuldade em se distinguir uma “boa” ou uma “má” qualidade de vida, não há ponto de corte para essa classificação. Dessa forma, os escores são habitualmente utilizados para comparar grupos (THE WHOQOL GROUP, 1998a; MICHELONE; SANTOS, 2004; SOUZA, 2007).

O WHOQOL-BREF pode ser auto-administrado, assistido ou completamente administrado pelo entrevistador. O tempo médio de aplicação depende de fatores como a escolaridade, condição clínica do respondente e forma de administração, mas é relativamente baixo, permitindo o uso de outras medidas de interesse (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

Pesquisadores do grupo de estudos que integra o Grupo WHOQOL no Brasil, representado pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, participaram ativamente do desenvolvimento, tradução e aplicação do WHOQOL-BREF no país (MORENO et al., 2006; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008). A amostra que compôs a validação da versão em português foi de 300 sujeitos, escolhidos por conveniência, com média de idade de 43,1 anos. Destes 300 sujeitos, 50 eram voluntários-controles e 250 pacientes (oriundos da clínica médica, cirurgia, psiquiatria e ginecologia), sendo metade em regime de tratamento ambulatorial e metade de internação (FLECK et al., 2000; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008). Os resultados desse processo indicaram bom desempenho psicométrico com características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e confiabilidade teste-reteste (FLECK et al., 2000; MORENO et al., 2006; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

Em relação a utilização do WHOQOL-BREF em idosos, dois estudos internacionais estabeleceram, apesar das limitações em relação à composição e representatividade amostral, que o instrumento é adequado para medir a qualidade de vida dessa população específica (HWANG et al., 2003; NAUMANN; BYRNE, 2004).

A versão tailandesa do instrumento, utilizada por Hwang e colaboradores (2003), em um inquérito de base populacional com 1200 idosos, possui propriedades satisfatórias de validade discriminante, validade de critério, consistência interna e confiabilidade teste-reteste. No entanto, as taxas dos itens “atividade sexual” e “capacidade para o trabalho” apresentaram baixa confiabilidade, demonstrando a possível inadequação das duas questões para a população idosa.

Os resultados do estudo australiano desenvolvido por Naumann e Byrne (2004), com 39 idosos deprimidos, demonstram validade e confiabilidade nos domínios físico,

psicológico e meio ambiente, além da forte correlação entre os escores dos domínios com os níveis de sintomas depressivos.

Em nosso país, a pesquisa realizada por Chachamovich, Trentini e Fleck (2007), sobre as propriedades psicométricas do WHOQOL-BREF em idosos, ratifica os estudos internacionais no uso do instrumento como uma alternativa útil na mensuração da qualidade de vida desta população. O instrumento, que foi aplicado em 424 idosos divididos em hospitalizados, pacientes ambulatoriais e residentes na comunidade, demonstrou boa consistência interna, validade concorrente, validade discriminante e validade de critério.

Apesar dos fortes coeficientes de consistência interna entre a maioria dos domínios avaliados pelo WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF, demonstrando que são adequados e pertinentes para aferir a qualidade de vida em idosos, pesquisadores têm sugerido estudos com escalas específicas, a fim determinar os fatores relevantes para esse grupo e as intervenções capazes de promover um envelhecimento saudável (THE WHOQOL GROUP, 1998b; HWANG et al., 2003; NAUMANN; BYRNE, 2004; CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2007; CHACHAMOVICH et al., 2008b; TRENTINI et al., 2010).

O Grupo WHOQOL conduziu o questionamento sobre a suficiente abrangência do WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF na compreensão de todas as particularidades da população idosa (CHACHAMOVICH, 2005; FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006; CHACHAMOVICH et al., 2008a; ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009). Em função da necessidade de avaliar de forma empírica esses instrumentos, associado com a magnitude do fenômeno envelhecimento e escassez de instrumentos que avaliam tal questão, foi desenvolvido um protocolo internacional abrangendo diversas etapas, como a revisão do instrumento WHOQOL, realização de grupos focais, a geração de itens, o teste-piloto, o refinamento e a redução de itens e um teste de campo (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003; CHACHAMOVICH et al., 2008a).

Esse processo sistemático que envolveu análise qualitativa e quantitativa dos dados gerados em 20 centros de pesquisa no mundo resultou no desenvolvimento do módulo WHOQOL-OLD (POWER et al., 2005; CHACHAMOVICH et al., 2008a).

A validação da versão brasileira contou com 424 idosos, selecionados por conveniência, que foram estratificados por sexo, idade, percepção do estado de saúde e local de procedência. O instrumento mostrou características psicométricas satisfatórias de consistência interna (Coeficientes de Cronbach de 0,71 a 0,88), validade discriminante

($p < 0,01$), validade concorrente (Coeficientes de correlação entre -0,61 e 0,50) e fidedignidade teste-reteste (Coeficientes de correlação entre 0,58 a 0,82) (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

O referido instrumento é formado por 24 itens, com resposta por escala tipo *Likert* de 1 a 5, divididos em seis facetas: Funcionamento dos sentidos, Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Morte e morrer e Intimidade.

Cada faceta é composta por quatro itens com pontuação independente, que varia de 4 a 20 pontos. A obtenção do escore total deriva da soma dos 24 itens. É importante destacar que tanto o escore de cada faceta quanto o total podem ser transformados em uma escala de 0 a 100 (quanto mais alta a pontuação, supõe melhor qualidade de vida) (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006; CHACHAMOVICH et al., 2008a).

Assim como o WHOQOL-BREF, o WHOQOL-OLD pode ser auto-administrado, assistido ou completamente administrado pelo entrevistador. A versão brasileira do instrumento, as recomendações de cuidados para a sua aplicação e a sua sintaxe também estão disponíveis no endereço www.ufrgs.br/psiq - instrumentos de pesquisa (CHACHAMOVICH et al., 2008a).

O WHOQOL-BREF foi utilizado no estudo por ser um instrumento genérico, compacto e transcultural, de fácil compreensão e simples aplicabilidade, além de possuir propriedades psicométricas satisfatórias na avaliação de idosos, estar sendo utilizada de forma crescente em pesquisa na área da gerontologia e da possibilidade do seu uso combinado com o WHOQOL-OLD, como recomenda o Grupo WHOQOL (FLECK et al., 2000; CHACHAMOVICH, 2005; PEREIRA et al., 2006).

A utilização do WHOQOL-OLD ocorreu por ser um instrumento transcultural, de simples aplicabilidade e específico para idosos com características psicométricas satisfatórias (POWER et al., 2005; FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006; CHACHAMOVICH et al., 2008a)

Vale destacar que o Grupo de Estudos em Qualidade de Vida, através do coordenador Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (mfleck.voy@terra.com.br), foi comunicado sobre o uso do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD nesta pesquisa. Acrescenta-se ainda que ambos os instrumentos foram completamente administrados pelo entrevistador, com o intuito de uniformizar o modo de aplicação à população estudada e que os escores foram transformados para escala de 0 a 100 na apresentação e análise dos dados.

Os dados coletados no WHOQOL-BREF foram reunidos em uma planilha do Excel®, cedida pela fisioterapeuta Paula Costa Castro (paula.costacastro@gmail.com). No entanto, a planilha sofreu algumas alterações com o propósito de incluir os valores transformados de 0 a 100. O WHOQOL-OLD foi digitado e pré-analisado, de acordo com as instruções normativas do instrumento, em outra planilha criada pela própria pesquisadora.

3.5 Procedimentos

Os associados da UNIAPA foram previamente selecionados pela idade, através das fichas de cadastros de associados, em julho de 2010. Foram listados 136 associados de 70 a 84 anos, sendo 66 homens e 70 mulheres.

Os associados foram comunicados da pesquisa com antecedência por meio do Boletim da União, jornal de circulação mensal da UNIAPA, nos meses de agosto e setembro de 2010, com o objetivo de divulgação e maior segurança quanto à veracidade da pesquisa.

Em novembro, foi realizado um estudo piloto com dois associados, escolhidos por conveniência, um do sexo feminino e outro do masculino, que atendiam aos critérios de inclusão para a análise das avaliações selecionadas, realização de ajustes e maior segurança da pesquisadora. As sugestões cabíveis dos participantes e observações do pesquisador e seus orientadores foram incorporados aos instrumentos.

A etapa seguinte foi contatar por telefone os 136 idosos, com o intuito de apresentação detalhada do projeto de pesquisa e agendamento da entrevista. Para todos os idosos, que aceitaram e estavam aptos a participar da pesquisa, as entrevistas foram agendadas seguindo a preferência de horário e a disponibilidade de tempo do idoso.

A coleta de dados foi realizada entre 23/02/2011 e 26/05/2011 no próprio domicílio dos idosos, devido à falta de estrutura física da UNIAPA que permitisse oferecer um ambiente confortável, tranquilo e sem interrupções de terceiros. A entrevista foi realizada em um único encontro com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos.

Antes de iniciar a entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido integralmente em voz alta pelo entrevistador e acompanhado pelo idoso em outra via. As dúvidas e curiosidades que surgiram nesse momento foram imediatamente sanadas pelo entrevistador.

Em seguida, foram aplicados os instrumentos MEEM, EDG-15 e a Escala de Katz para avaliar a elegibilidade do sujeito para a pesquisa. Vale destacar que, mesmo após a decisão de manter na pesquisa as pessoas com sintomatologia depressiva, foi mantida a mesma seqüência de aplicação dos instrumentos acima citados, devido a reprodução dos formulários de entrevista.

Os idosos excluídos da pesquisa, devido ao comprometimento cognitivo, dependência nas atividades básicas da vida diária e por problemas de comunicação, foram informados novamente sobre os critérios de inclusão e exclusão e, portanto, houve a interrupção da entrevista. Para os idosos que preencheram os critérios de elegibilidade a entrevista foi seguida com o preenchimento da ficha de identificação, da Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais, do roteiro de entrevista sobre os papéis ocupacionais, do WHOQOL-BREF e, por último, do WHOQOL-OLD.

Todos os instrumentos, assim como a ficha de identificação e o roteiro de entrevista sobre os papéis ocupacionais, foram aplicados por meio de entrevista e preenchidos pelo pesquisador. Antes de iniciar a entrevista, quando o idoso estava acompanhado, foi solicitada a retirada do acompanhante do local do procedimento, visando minimizar as possíveis interferências nas respostas.

As dúvidas sobre as questões, que por ventura surgiram, foram esclarecidas imediatamente, mantendo as precauções para diminuir os riscos de indução através da própria postura do pesquisador e na expressão das falas, além do respeito em relação às instruções de aplicação de cada instrumento.

3.6 Tratamento estatístico dos dados

Os dados coletados dos instrumentos Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD foram digitados, tabulados e pré-analisados isoladamente, em planilhas no programa Excel®. Posteriormente, os resultados desses instrumentos foram compilados em uma única planilha, juntamente com as informações das outras avaliações.

Os dados foram inicialmente submetidos à análise estatística descritiva, por meio das frequências absolutas e relativas, bem como média, desvio padrão e mediana.

Para a análise dos papéis ocupacionais foi realizada a comparação entre as variáveis categóricas utilizando o Teste do Qui-quadrado e, quando as variáveis envolvidas

apresentaram valores discretos, o Teste Exato de Fisher. Os dados ordinais emparelhados foram analisados pelos testes estatísticos não-paramétricos de Wilcoxon (comparação entre dois grupos) e Friedman (comparação entre mais de dois grupos).

Para as análises comparativas da qualidade de vida foram utilizados como procedimento estatístico o Teste T, para duas amostras independentes, e a Análise de Variância (ANOVA) One-Way com post-hoc de Duncan, para comparação entre mais de dois grupos.

No estudo de correlação entre os papéis ocupacionais e a qualidade de vida foi utilizado o coeficiente de correlação de postos de Spearman.

Os testes foram considerados significativos quando $p \leq 0,05$.

A ferramenta computacional foi o *Statistica 8.0*, Copyright © Start Soft, Inc. 1984-2007.

3.7 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. 425/2010, homologado em 11/10/2010 (ANEXO H).

Foram incluídos, tanto no estudo piloto quanto na pesquisa final, os sujeitos que manifestaram interesse em participar voluntariamente da pesquisa, após esclarecimento e definição de seus direitos e garantias, seguindo-se à assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com a Resolução 196/96 (APÊNDICE C).

Foram tomados todos os cuidados necessários, através da presença amigável e respeitosa da pesquisadora, explicação de cada item de forma acessível e a disponibilidade para esclarecimentos de dúvidas, para minimizar algum tipo de constrangimento ou desconforto dos idosos em responder as questões.

Os idosos excluídos foram cuidadosamente comunicados sobre os resultados dos instrumentos. Durante esse processo pelo menos um acompanhante foi informado sobre o motivo da descontinuidade da entrevista e questionado a respeito de acompanhamento clínico, visando a possibilidade de encaminhamento para o Serviço de Saúde de Araras. No entanto, todos os idosos excluídos já estavam recebendo assistência médica e/ou multidisciplinar.

Vale destacar que a exclusão de alguns idosos, ainda durante o contato telefônico, ocorreu após a conversa com o respectivo cuidador formal ou informal.

Além disso, a confidencialidade dos dados na divulgação da pesquisa será garantida. Os participantes serão informados sobre os resultados do trabalho através de um exemplar da dissertação, que ficará disponível para retirada na sede da UNIAPA, de publicação de breve nota no Boletim da União e por meio de palestra em uma reunião mensal da instituição.

4 RESULTADOS

4.1 Idosos pré-selecionados e excluídos

Os associados da UNIAPA foram previamente selecionados pela idade, de 70 a 84 anos, através das fichas de cadastros. Foram listados 136 idosos, sendo 70 (51,5%) mulheres e 66 (48,5) homens. A tabela 4.1.1 mostra a distribuição dos idosos por idade e sexo.

Tabela 4.1.1 - Distribuição por idade e gênero dos idosos pré-selecionados através da ficha de cadastro de associados da UNIAPA

Idade (anos)	Gênero		TOTAL
	Homem	Mulher	
70-74	34	45	79
75-79	22	14	36
80-84	10	11	21
TOTAL	66	70	136

Fonte: Do autor, 2012.

Do total de 136 idosos, 26 (19,1%) se recusaram a participar da pesquisa durante o contato por telefone, 11 homens e 15 mulheres. Os principais motivos para ambos os sexos envolveram a percepção de pouco benefício pessoal em participar do estudo, falta de tempo, estar doente ou com alguém doente em casa (Tabela 4.1.2).

Foram contabilizados 18,4% de perdas, sendo 13 homens e 12 mulheres. As perdas foram devido a exclusão dos sujeitos que participaram do estudo piloto, óbitos, participantes previamente selecionados que completaram 85 anos e a impossibilidade de contato com o associado, em virtude do número do telefone errado, fora da área de serviço ou, ainda, que não respondiam as chamadas telefônicas após, pelo menos, três tentativas (Tabela 4.1.2).

Os idosos excluídos somaram 18 (13,2%) sujeitos, 9 homens e 9 mulheres. No grupo dos homens, 6 foram excluídos através do contato telefônico, por serem dependentes (4 casos), estar institucionalizado (1 caso) e apresentar problemas de comunicação (1 caso); os outros 3 idosos foram excluídos da pesquisa por meio de aplicação de instrumentos

específicos face a face, que constatarem comprometimento cognitivo (2 casos) e problemas de comunicação decorrentes de doença psiquiátrica (1 caso). Em relação as mulheres, 4 foram excluídas durante o contato telefônico, por apresentarem dependência nas atividades básicas da vida diária (2 casos) e problemas de comunicação (2 casos); as demais foram excluídas após aplicação de instrumentos específicos face a face, que constatarem comprometimento cognitivo (4 casos) e dependência nas atividades básicas da vida diária (1 caso).

A tabela 4.1.2 sintetiza a distribuição de recusas, perdas e sujeitos excluídos da pesquisa por idade e gênero.

Tabela 4.1.2 - Distribuição por gênero e idade de recusas, perdas e exclusão de sujeitos
(n = 136)

MOTIVOS	Homem (n = 66)				Mulher (n = 70)				TOTAL (%)
	70-74	75-79	80-84	Total	70-74	75-79	80-84	Total	
Recusas (total)	9	2	0	11	12	3	0	15	26 (19,1)
Perdas (total)				13				12	25 (18,4)
Estudo piloto	1	0	0	1	1	0	0	1	2
Óbito	1	0	1	2	2	0	0	2	4
Idade ≥ 85 anos	-	-	2	2	-	-	2	2	4
Dificuldade no contato telefônico	5	3	0	8	5	2	0	7	15
Excluídos (total)				9				9	18 (13,2)
Não residir na comunidade	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Problemas de comunicação	0	1	1	2	0	2	0	2	4
Comprometimento cognitivo	0	2	0	2	1	1	2	4	6
Dependência nas atividades básicas da vida	2	2	0	4		1	3	3	7
TOTAL	19	10	4	33	20	9	7	36	69 (50,7)

Fonte: Do autor, 2012.

4.2 Escores dos instrumentos aplicados para exclusão

A média, o desvio padrão, a pontuação máxima, a pontuação mínima e a mediana do Mini-Exame do Estado Mental – MEEM e da Escala de Katz estão descritos na Tabela 4.2.1.

Tabela 4.2.1 - Valores dos instrumentos MEEM e Escala de Katz (n = 67)

Instrumentos	Média	DP	Máxima	Mínima	Mediana
MEEM	28	1,8	30	21	28
Escala de Katz	5,8	0,4	6	5	6

Fonte: Do autor, 2012.

DP - Desvio Padrão.

O MEEM e a Escala de Katz foram utilizados como critérios de exclusão da pesquisa por comprometimento cognitivo e dependência nas atividades básicas da vida diária, respectivamente. Isso justifica a discreta oscilação dos escores apresentados na Tabela 4.2.1

Vale lembrar que o ponto de corte utilizado no MEEM foi diferente para idosos com ou sem instrução escolar. Nesse estudo somente 3 (4,5%) sujeitos não apresentaram instrução escolar prévia, ou seja, nenhum ano de estudo, mas alcançaram 21, 24 e 26 pontos no instrumento.

Na Escala de Katz 53 (79,1%) idosos somaram 6 pontos na avaliação e, somente, 14 (20,9%) alcançaram 5 pontos. Desses 14 idosos, 13 perderam um ponto devido à incontinência e 1 devido às dificuldades no item vestir-se.

4.3 Características demográficas, socioeconômicas e de saúde

A Tabela 4.3.1 traz o detalhamento das características demográfica e socioeconômica dos idosos participantes do estudo.

Tabela 4.3.1 - Caracterização demográfica e socioeconômica dos idosos estudados (n = 67)

CARACTERÍSTICAS		n	%
Gênero	Masculino	33	49,3
	Feminino	34	50,7
Idade (anos) Média ± DP = 74,6 ± 3,7	70 – 74	37	55,2
	75 – 79	19	28,5
	80 – 84	11	16,4
Raça	Branca	62	92,5
	Não Branca	5	7,5
Religião	Católico	54	80,6
	Não católico	13	19,4
Estado civil	Solteiro	4	6
	Casado	47	70
	Divorciado	2	3
	Viúvo	14	21
Escolaridade (anos de estudo) Média ± DP = 6,2 ± 4,7	0 – 3	15	22,4
	4 – 7	33	49,2
	8 – 12	13	19,4
	+ 12	6	9
Renda (salários mínimos)	Até 3	39	58,2
	3 – 5	15	22,4
	□ 5	13	19,4
Renda domiciliar per capita (salários mínimos)	Até 1	4	6
	1 – 2	21	31,3
	□ 2	42	62,7
Aposentado	Sim	61	91
	Não	6	9
Situação Ocupacional	Ativo	17	25,4
	Inativo	50	74,6
Situação Habitacional	Casa própria	56	83,6
	Casa não própria	11	16,4
Local da residência	Central	30	44,8
	Intermediária	32	47,7
	Periferia	5	7,5
Arranjo familiar	Mora sozinho	8	12
	Mora acompanhado	59	88
Possui filhos	Sim	56	83,6
	Não	11	16,4
Possui netos	Sim	55	82
	Não	12	18

Foram estudados 67 idosos com idade média de $74,6 \pm 3,7$ anos, com mediana de 74 anos. Verificou-se um equilíbrio entre o sexo: 34 (50,7%) do sexo feminino e 33 (49,3%) do masculino. A grande maioria dos participantes é da raça branca e católica.

Com relação ao estado civil, 70% dos idosos eram casados e 21% viúvos. Dentro do grupo dos viúvos e solteiros, as mulheres superaram os homens com 71,4% e 75%, respectivamente (Tabela 4.3.2).

Tabela 4.3.2 - Distribuição do estado civil por gênero (n = 67)

Estado civil	Homem (n = 33)		Mulher (n = 34)	
	n	%	n	%
Solteiro (n = 4)	1	25	3	75
Casado (n = 47)	27	57,5	20	42,5
Divorciado (n = 2)	1	50	1	50
Viúvo (n = 14)	4	28,6	10	71,4

Fonte: Do autor, 2012.

No que diz respeito a escolaridade, apresentaram média de $6,2 \pm 4,7$ anos de estudo, com mediana de 4 anos. As mulheres apresentaram maior escolaridade do que os homens (Tabela 4.3.3).

Tabela 4.3.3 - Distribuição da escolaridade por gênero (n = 67)

Anos de estudo	Homem (n = 33) M = $5,4 \pm 4,3$		Mulher (n = 34) M = $6,9 \pm 5,1$	
	n	%	n	%
0 – 3 (n = 15)	11	73,3	4	26,7
4 – 7 (n = 33)	15	45,5	18	54,5
8 – 12 (n = 13)	5	38,5	8	61,5
+ 12 (n = 6)	2	33,3	4	66,7

Fonte: Do autor, 2012.

M – Média aritmética.

No que se refere a renda, a maioria recebe até 3 salários mínimos (58,2%), sendo que dois idosos desse grupo, ambos do sexo feminino, não possuem renda e dependem

unicamente do auxílio do companheiro. É importante destacar que o salário mínimo na época do estudo era de R\$ 545,00 (equivalente US\$ 340).

Os homens apresentaram melhor situação financeira do que as mulheres (Tabela 4.3.4).

Tabela 4.3.4 - Distribuição da renda por gênero (n = 67)

Renda (salários mínimos)	Homem (n = 33)		Mulher (n = 34)	
	n	%	n	%
Até 3 (n = 39)	16	41	23	59
3 – 5 (n = 15)	10	66,7	5	33,3
□ 5 (n = 13)	7	53,8	6	46,2

Fonte: Do autor, 2012.

Considerando a renda domiciliar per capita, 62,7% dos idosos referiram renda acima de dois salários mínimos, ou seja, mais de R\$ 1.090,00 por pessoa (equivalente US\$ 681,25).

A principal procedência da renda é constituída pela aposentadoria, seja de forma exclusiva ou associada a outras fontes, como mostra a Tabela 4.3.5.

Tabela 4.3.5 - Distribuição da fonte de renda (n = 67)

Fonte de renda	Descrição da fonte	n	%	Total (%)
Nenhuma		2	3	2 (3)
1				21 (31,3)
	Aposentadoria	20	29,8	
	Pensão	1	1,5	
2				37 (55,2)
	Aposentadoria + aluguel/aplicação bancária	13	19,4	
	Aposentadoria + salário	13	19,4	
	Aposentadoria + pensão	7	10,4	
	Aposentadoria + ajuda de familiares/amigo	1	1,5	
	Pensão + aluguel/aplicação	2	3	
	Pensão + ajuda de familiares/amigo	1	1,5	
3 ou +		7	10,4	7 (10,4)

Fonte: Do autor, 2012.

Predominou a situação de aposentados (91%). A média de idade em que esses idosos se aposentaram foi de $55,1 \pm 7,6$ anos.

No que se refere a situação ocupacional 25,4% permanecem ativos, sendo que 11 (64,7%) do total dos 17 idosos estão exercendo uma atividade profissional diferente a que exerciam antes dessa fase da vida.

Convém ainda destacar que todos que permanecem ativos já são aposentados. A maioria é constituída por homens (70,6%) e exerce atividade profissional sem vínculo empregatício (64,7%), conforme mostra a Tabela 4.3.6

Tabela 4.3.6 - Distribuição dos idosos pela forma de trabalho

Forma de trabalho	Homem		Mulher		Total (%)
	n	%	n	%	
Com vínculo empregatício	4	23,5	2	11,8	6 (35,3)
Sem vínculo empregatício	8	47,1	3	17,6	11 (64,7)
TOTAL	12	70,6	5	29,4	17 (100)

Fonte: Do autor, 2012.

Quanto a situação habitacional, 83,6% dos idosos estudados possuem casa própria e moram, na maior parte, na região intermediária e central da cidade, respectivamente.

Com relação ao arranjo familiar, a maioria não mora sozinho (88%). Os idosos residem em 70,1% com uma pessoa (Tabela 4.3.7) e, como mostra a Tabela 4.3.8, esses idosos convivem, predominantemente, com o seu cônjuge.

Tabela 4.3.7 - Distribuição dos idosos pelo arranjo familiar (n = 67)

Arranjo familiar	n	%
Mora sozinho	8	12
Mora com 1 pessoa	47	70,1
Mora com + de 1 pessoa	12	17,9

Fonte: Do autor, 2012.

Tabela 4.3.8 - Distribuição dos idosos que moram com 1 pessoa pelo tipo de companhia
(n = 47)

Tipo de companhia	n	%
Cônjuge	42	89,4
Não cônjuge	5	10,6

Fonte: Do autor, 2012.

A grande maioria possui filhos (83,6%) e netos (82%). Entre todos os sujeitos da pesquisa, a média de filhos e netos, respectivamente, é de $2,4 \pm 1,8$ filhos e $4,7 \pm 4,7$ netos.

Até aqui foram apresentadas as características demográficas e socioeconômicas dos idosos estudados. A seguir serão traçadas as características de saúde.

Tabela 4.3.9 - Características de saúde dos idosos estudados (n = 67)

Características		n	%
EDG-15	Sem sintomatologia depressiva	60	89,6
	Com sintomatologia depressiva	7	10,4
Presença de doenças	Não refere	27	40,3
	Refere	40	59,7
Atividade física	Pratica	37	55,2
	Não pratica	30	44,8

Fonte: Do autor, 2012.

De acordo com os resultados apresentados acima, somente 7 (10,4%) idosos apresentaram sintomatologia depressiva, de acordo com a EDG-15. A média, o desvio padrão, a pontuação máxima, a pontuação mínima e a mediana da EDG-15 estão descritos na Tabela 4.3.10.

Tabela 4.3.10 - Valores da EDG-15 segundo o grupo de idosos com e sem sintomatologia depressiva

Grupo de Idosos (n)	Média	DP	Máxima	Mínima	Mediana
Total (67)	2,7	2,2	13	0	2
Sem sintomatologia depressiva (60)	2,2*	1,3	5	0	2
Com sintomatologia depressiva (7)	7,4*	2,6	13	6	6

Fonte: Do autor, 2012.

DP – Desvio Padrão. * diferença significativa ($p = 0,0000$) pelo Teste T.

O escore da EDG-15 para o grupo total estudado variou de 0 a 13 pontos, com média e mediana de 2,7 e 2, respectivamente. É possível visualizar na Tabela 4.3.10 que os idosos sem sintomatologia depressiva apresentaram média e mediana por volta de 2 pontos e a variação entre a mínima e máxima atingiu o ponto máximo. Já para o grupo com sintomas de depressão, a média superou os 7 pontos e, apesar de a máxima ter alcançado 13 pontos, a mediana se igualou a mínima.

A Tabela 4.3.11 apresenta a caracterização dos idosos segundo a sintomatologia depressiva. Podemos observar que não houve diferenças significativas entre os dois grupos de idosos.

Tabela 4.3.11 - Caracterização dos idosos segundo a sintomatologia depressiva (n = 67)

FATORES ASSOCIADOS	Sintomatologia depressiva n (%)			p
	Sem sintomas (n = 60)	Com sintomas (n = 7)	Total	
GÊNERO*				0,2262
Homem	31 (94)	2 (6)	33	
Mulher	29 (85,3)	5 (14,7)	34	
IDADE (anos)**				0,3930
70 – 74	33 (89,2)	4 (10,8)	37	
75 – 79	16 (84,2)	3 (15,8)	19	
80 – 84	11 (100)	0 (0)	11	
ESTADO CIVIL*				0,6544
Casado	42 (89,4)	5 (10,6)	47 (70)	
Não casado - solteiros, viúvos e divorciados	18(90)	2 (10)	20 (30)	
ESCOLARIDADE (anos de estudo)**				0,6461
0 – 3	14 (93,3)	1 (6,7)	15	
4 – 7	30 (91)	3 (9)	33	
+ 8	16 (84,2)	3 (15,8)	19	
RENDA**				0,8867
Até 3 SM	35 (89,7)	4 (10,3)	39	
3 – 5 SM	13 (86,7)	2 (13,3)	15	
□ 5 SM	12 (92,3)	1 (7,7)	13	
SITUAÇÃO OCUPACIONAL*				0,5745
Ativo	15 (88,2)	2 (11,8)	17	
Inativo	45 (90)	5 (10)	50	
ARRANJO FAMILIAR*				
Mora sozinho	8 (100)	0 (0)	8	0,3923
Mora acompanhado	52 (88,1)	7 (11,9)	59	

Fonte: Do autor, 2012.

SM – salários mínimos. * Teste Exato de Fisher. **Teste do Qui-quadrado.

Quarenta idosos (59,7%) possuem algum tipo de doença. Dentre mais de 20 doenças relatadas, as mais comuns foram diabetes, seguida por hipertensão e problemas cardíacos (Tabela 4.3.9).

Tabela 4.3.12 - Quantidade de doenças segundo o grupo de idosos

Grupo de Idosos (n)	Média	DP	Máxima	Mínima	Mediana
Total (67)	1,0	1,1	5	0	1
Refere doenças (40)	1,6	1,0	5	1	1
Sem sintomas de depressão (60)	0,9*	1,0	3	0	1
Com sintomas de depressão (7)	1,6*	2,1	5	0	1

Fonte: Do autor, 2012.

DP – Desvio Padrão. * diferença não significativa ($p = 0,1324$) pelo Teste T.

A quantidade média de doenças na amostra total foi de $1 \pm 1,1$. Ao considerar somente os 40 idosos que referiram doenças, obtemos uma elevação desse número para $1,6 \pm 1,0$. Na associação entre doenças e sintomatologia depressiva verificamos uma diferença na comparação dos grupos com e sem sintomas de depressão, mas não significativa (Tabela 4.3.12).

Em relação a atividade física, 55,2 % dos idosos estão envolvidas com essa prática. A caminhada é a atividade mais realizada, dentre outras 13 modalidades citadas, como ginástica, hidroginástica, natação, alongamento, pilates e dança. A Tabela 4.3.13 ilustra que a maioria dos idosos praticantes de atividade física refere exercitar-se regularmente.

Tabela 4.3.13 - Frequência de pratica de atividade física (n = 37)

Frequência	n	%
Diária	20	54,1
3 vezes por semana	9	24,3
2 vezes por semana	6	16,2
1 vez por semana	2	5,4

Fonte: Do autor, 2012.

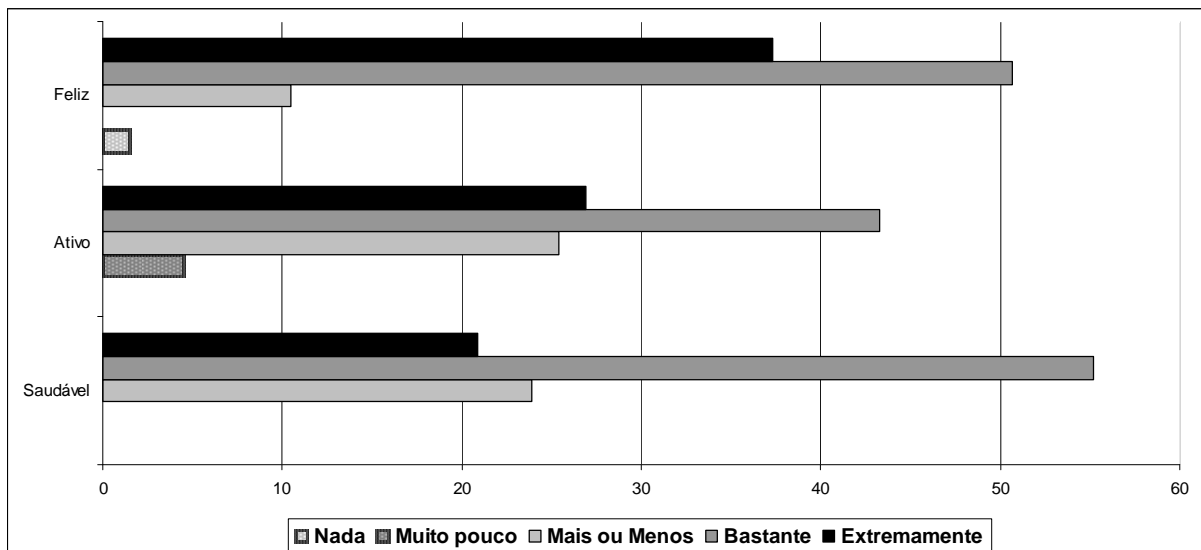
Quanto a percepção dos idosos em relação a sua avaliação de saúde, engajamento ativo na vida e felicidade, a Tabela 4.3.14 demonstra uma maior distribuição dos idosos entre o domínio central ao máximo.

Tabela 4.3.14 - Distribuição dos idosos pela percepção de saúde, engajamento ativo na vida e felicidade (n = 67)

Variáveis	Domínios n (%)				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Saudável	0 (0)	0 (0)	16 (23,9)	37 (55,2)	14 (20,9)
Ativo	0 (0)	3 (4,5)	17 (25,4)	29 (43,3)	18 (26,9)
Feliz	1 (1,5)	0 (0)	7 (10,5)	34 (50,7)	25 (37,3)

Fonte: Do autor, 2012.

Gráfico 4.3.1 - Percentual da percepção de saúde, engajamento ativo e felicidade (n = 67)



Fonte: Do autor, 2012.

4.4 Papéis ocupacionais

Os valores dos papéis ocupacionais ao longo do tempo estão descritos na Tabela 4.4.1, através dos cálculos da média, desvio padrão, pontuação máxima, pontuação mínima e mediana.

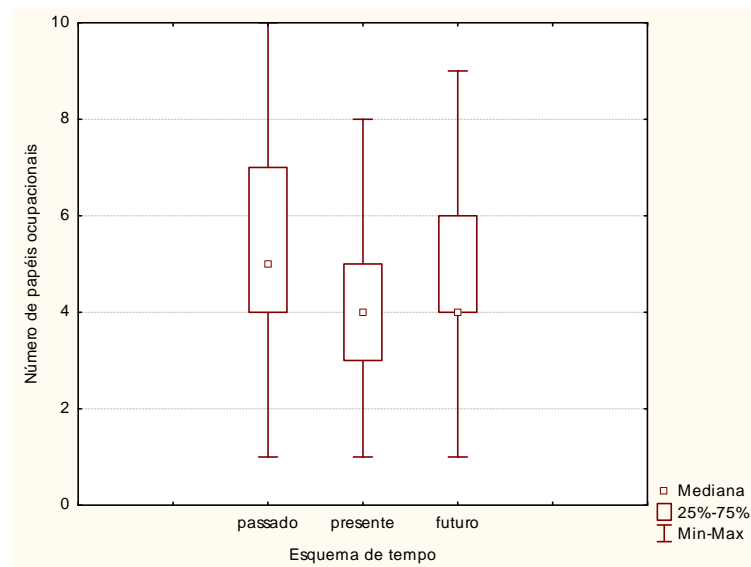
Tabela 4.4.1 – Valores dos papéis ocupacionais no passado, presente e futuro (n = 67)

Tempo	Média	DP	Máxima	Mínima	Mediana
Passado	5,3*	2,1	10	1	5
Presente	4,4*	1,6	8	1	4
Futuro	4,7*	1,6	9	1	4

Fonte: Do autor, 2012.

DP – Desvio Padrão. * diferença significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,0010$) pelo Teste de Friedman e diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0000$), passado e futuro ($p = 0,0057$), presente e futuro ($p = 0,0130$) pelo Teste de Wilcoxon.

Algumas medidas da Tabela 4.4.1 estão graficamente representadas abaixo.

Gráfico 4.4.1 - Valores dos papéis ocupacionais no passado, presente e futuro (n = 67)

Fonte: Do autor, 2012.

Conforme podemos observar, os idosos perderam papéis ocupacionais quando comparados os tempos passado e presente ($p = 0,0000$), passado e futuro ($p = 0,0057$), mas pretendem se engajar em um maior número de papéis na transição do presente para o futuro ($p = 0,0130$).

Pela análise dos valores máximos e mínimos verificamos uma grande variação no número de papéis. No entanto, pela mediana é possível verificar que a maioria dos idosos está exercendo um maior número de papéis ocupacionais.

A Tabela 4.4.2 apresenta a distribuição de cada papel no passado, presente e futuro. No passado os papéis mais comuns foram de trabalhador, membro de família e passatempo / amador. Em relação ao presente e ao futuro os idosos desempenham, principalmente, os papéis de passatempo / amador, seguido por serviço doméstico.

Tabela 4.4.2 - Distribuição dos papéis ocupacionais ao longo do tempo (n = 67)

Papéis Ocupacionais	Passado		Presente		Futuro	
	n	%	n	%	n	%
Estudante	11	16	1	1	6	9
Trabalhador	61	91	17	25	20	30
Voluntário	19	28	16	24	17	25
Cuidador	42	63	24	36	24	36
Serviço Doméstico	47	70	63	94	62	93
Amigo	37	55	36	54	41	61
Membro de Família	53	79	51	76	54	81
Religioso	20	30	14	21	16	24
Passatempo / Amador	51	76	67	100	67	100
Participante em Organizações	15	22	7	10	7	10

Fonte: Do autor, 2012.

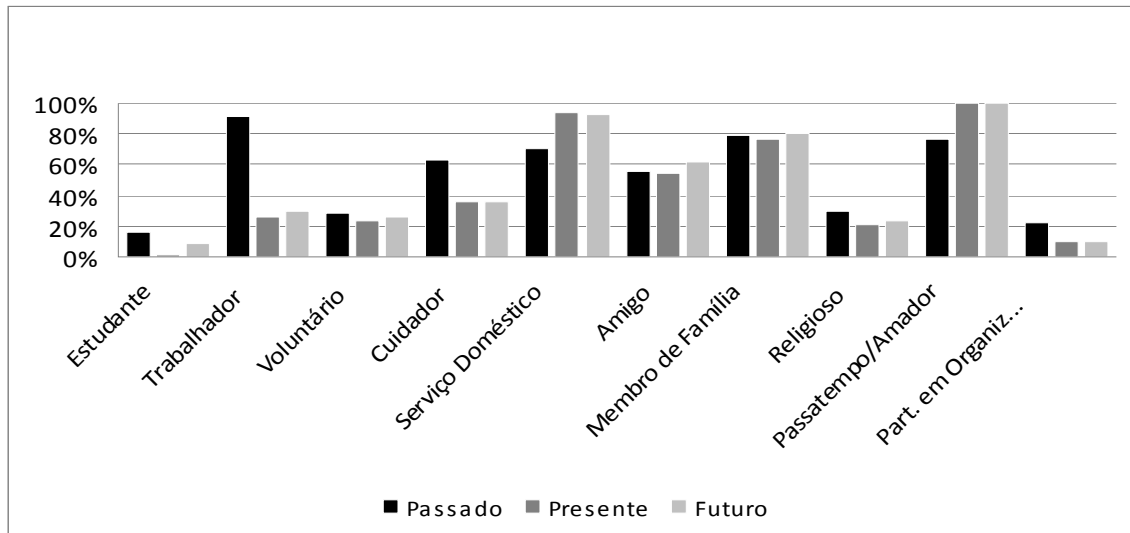
Os papéis de estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, amigo, membro de família, religioso e participante em organizações sofreram uma diminuição do passado para o presente. A perda foi mais expressiva nos papéis de trabalhador e cuidador e menos nos papéis de amigo e membro de família. No entanto, houve um aumento em 24% na realização de serviço doméstico e passatempo / amador entre o passado e o presente.

Considerando ainda a transição entre o passado e presente, temos que 56,7% dos idosos diminuíram o número de papéis ocupacionais desempenhados, 22,4% mantiveram o número de papéis e 20,9% aumentaram o número de papéis do passado para o presente.

Em relação ao presente e futuro, os resultados demonstram que os idosos planejam manter os papéis de cuidador, passatempo / amador e participante em organizações; diminuir serviço doméstico e aumentar o restante, com maior destaque para estudante e amigo. É importante ressaltar que somente 6% dos idosos pretendem se engajar em menos papéis no futuro, 23,9% almejam aumentar e 70,1% buscam manter o número de papéis.

Os dados percentuais da tabela 4.4.2 estão representados no Gráfico 4.4.2.

Gráfico 4.4.2 - Distribuição dos papéis ocupacionais dos idosos estudados (n = 67)



Fonte: Do autor, 2012.

Tabela 4.4.3 - Distribuição dos papéis ocupacionais segundo a escolha, qualidade, dificuldades e benefícios do desempenho no tempo presente (n = 67)

Papéis Ocupacionais	n	Variáveis										
		Escolha		Qualidade					Dificuldades		Benefícios	
		Sim	Não	N	MP	MM	B	E	Sim	Não	Sim	Não
Estudante	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
Trabalhador	17	14	3	0	0	1	16	0	6	11	17	0
Voluntário	16	16	0	0	0	0	16	0	1	15	16	0
Cuidador	24	22	2	0	0	0	24	0	4	20	22	2
Serviço Doméstico	63	48	15	0	0	5	58	0	21	42	60	3
Amigo	36	36	0	0	0	0	35	1	6	30	36	0
Membro de Família	51	51	0	0	0	0	51	0	2	49	51	0
Religioso	14	14	0	0	0	0	14	0	0	14	14	0
Passatempo / Amador	67	67	0	0	0	1	66	0	8	59	67	0
Particip. em Organiz.	7	6	1	0	0	0	7	0	1	6	7	0
TOTAL	296	275	21	0	0	8	287	1	50	246	291	5
%	100	92,9	7,7	0	0	2,7	97	0,3	16,9	83,1	98,3	1,7

Fonte: Do autor, 2012.

N – Nada. MP – Muito pouco. MM – Mais ou menos. B – Bastante. E – Extremamente.

Avaliando exclusivamente o tempo presente, através dos dados coletados por meio do roteiro de entrevista sobre os papéis ocupacionais, percebemos que a grande maioria dos idosos desempenha os papéis por escolha própria e com qualidade satisfatória, não apresenta dificuldades e identifica benefícios em sua realização (Tabela 4.4.3).

Podemos verificar na Tabela 4.4.3 que a não escolha do desempenho ocupacional foi mais citada nos papéis de serviço doméstico (23,9%) e de trabalhador (17,6%). Esses mesmos papéis tiveram destaque na apresentação de dificuldades. Em contrapartida, os idosos referiram menos dificuldades na realização dos papéis de religioso, membro de família e voluntário. A falta de benefícios foi mencionada somente nos papéis de serviço doméstico e cuidador.

A Tabela 4.4.4 apresenta os benefícios obtidos na realização dos papéis ocupacionais. A satisfação pessoal, compreendida como sentir-se bem, alegre e satisfeito, foi o benefício mais citado pelos idosos, seguido pelo entretenimento e relacionamento interpessoal.

Tabela 4.4.4 - Frequência dos benefícios (n = 67)

BENEFÍCIOS	n
Satisfação pessoal	180
Entretenimento	61
Relacionamento interpessoal	38
Manter-se ativo	32
Melhora da saúde	17
Senso de utilidade	14
Oportunidade de aprendizado	13
Ajuste financeiro	7
Participação social	4
Amparo	4
Diminuição da dor	2
Renovação da fé	2
Fraternidade	1

Fonte: Do autor, 2012.

A classificação e frequência das dificuldades apresentadas pelos idosos no desempenho dos papéis ocupacionais estão expostas na Tabela 4.4.5. As principais dificuldades são a presença de dores e fadiga.

Tabela 4.4.5 - Frequência das dificuldades agrupadas por áreas (n = 67)

ÁREAS DE DIFICULDADES	DIFICULDADES	n	TOTAL
Físico-orgânico	presença de dor (geral/costas/ perna)	17	41
	fadiga	13	
	diminuição da mobilidade	3	
	dificuldade de locomoção	2	
	diminuição da visão	2	
	diminuição da agilidade	2	
	diminuição do equilíbrio	1	
	diminuição da elasticidade	1	
Cognitivo-comportamental	dificuldade de aprendizado	3	12
	indisposição	2	
	dificuldade de relacionamento	1	
	dificuldade em impor limites	1	
	preocupação excessiva	1	
	dificuldade de memória	1	
	timidez	1	
	falta de paciência	1	
Uso do tempo	falta ou má administração do tempo	10	10
Ambiental	falta de transporte público	1	1

Fonte: Do autor, 2012.

Especificamente em relação ao papel de estudante, somente 1 idoso desempenha esse papel. Esse idoso, apesar de estudar informática com rendimento regular, devido a dificuldade de memória (1), reconhece que a oportunidade de aprendizado (1) e a

satisfação pessoal (1) são benefícios dessa atividade. Os cursos que os idosos vislumbram para o futuro são: alfabetização, informática, inglês e Universidade da Terceira Idade.

No que se refere ao papel de trabalhador, 17,6 % dos sujeitos referiram que estão exercendo a atividade por necessidade e não por escolha. As dificuldades encontradas envolvem a administração do tempo (1), aprendizado (1) e as limitações físico-orgânicas, como perda de agilidade (2) e fadiga (2). Os benefícios citados pelos trabalhadores na atuação desse papel são: manter-se ativo (6), satisfação pessoal (6), entretenimento (6), ajuda financeira (4), oportunidade de relacionamentos (2), melhora da saúde (2) participação social (1), aprendizado (1) e senso de utilidade (1).

O único obstáculo citado na realização do papel de voluntário foi a dificuldade para o aprendizado de coisas novas (1). No entanto, o grupo considera que esse papel proporciona satisfação pessoal (15), oportunidade de relacionamento (3), senso de utilidade (2), entretenimento (1), participação social (1) e melhora da saúde como um todo (1).

As dificuldades citadas no papel de cuidador, além de dores nas costas (1) e fadiga (1), estão relacionadas a esfera cognitivo-emocional, como preocupação excessiva (1), paciência (1) e oferecimento de limites (1). Em compensação os idosos citam como benefícios a satisfação pessoal (19), oportunidade de relacionamento (4), senso de utilidade (4), manter-se ativo (2) e entretenimento (1). Os idosos cuidadores se dedicam, principalmente aos cuidados do cônjuge e netos.

No papel de serviço doméstico, 23,9 % idosos referiram que não escolheram desempenhar esse papel e 33,3% apresentam dificuldades em sua execução. As dificuldades incluem indisposição (1), dificuldade de locomoção (1) e mobilidade (2), dores generalizadas (3), dores nas costas (9), fadiga (7) e aumento do tempo para a realização das tarefas (5). No entanto, satisfação pessoal (35), manter-se ativo (15), entretenimento (12), melhora do relacionamento (6), senso de utilidade (5), melhora da saúde (1) e economia de dinheiro (1) foram citados como benefícios da realização desse papel.

Em relação ao papel de amigo, os idosos se dedicam aos seus amigos, sobretudo, durante as atividades de lazer. A satisfação pessoal (24), entretenimento (11), relacionamento interpessoal (7) e melhora da saúde (1) foram referenciados como benefícios desse papel. As dificuldades abrangem o uso do tempo (2), dores no corpo (2), timidez (1) e falta de transporte (1).

A única dificuldade citada no papel de membro de família é o relacionamento interpessoal. Os benefícios são a satisfação pessoal (44), oportunidade de relacionamento (8), entretenimento (3), amparo (2), melhora da saúde (1), senso de utilidade (1) e manter-se ativo (1).

Os idosos não citaram nenhuma dificuldade no desempenho do papel religioso. Os benefícios mencionados foram: satisfação pessoal (10), renovação da fé (2), fraternidade (1), aprendizado (1) e amparo (2). É importante enfatizar que 28 idosos, dos 67 que participaram da pesquisa, frequentam regularmente os cultos religiosos. No entanto, não foram designados para o papel de religioso, devido a orientação do instrumento.

Todos os idosos exercem o papel de passatempo / amador. No entanto, somente 8 (11,9%) referiram apresentar dificuldades. As dificuldades envolvem dores no corpo (1), dor na perna (1), falta de tempo (2), indisposição (1), fadiga (3), dificuldade de locomoção (1), a diminuição da visão (2), da elasticidade (1), da mobilidade (1) e do equilíbrio corporal (1). Os benefícios citados foram: entretenimento (27), satisfação pessoal (23), oportunidade para manter-se ativo (13), melhora da saúde como um todo (11), aprendizado (9), relacionamento interpessoal (5), diminuição da dor (2) e participação social (2).

Ao todo, os idosos pesquisados citaram 50 tipos de atividades de passatempo / amador. Realizam em média $2,5 \pm 1,1$ atividades, sendo que as duas principais são: assistir televisão e fazer leituras. Ao se agrupar as atividades em 6 categorias, de acordo com a avaliação do pesquisador, os idosos estão desenvolvendo, principalmente, atividades esportivas (Tabela 4.4.6).

No que se refere ao papel de participante em organizações, a única dificuldade é o esforço para o aprendizado de coisas novas (1). A satisfação pessoal (3), oportunidade de relacionamento (3), aumento da renda (2), senso de utilidade (1) e aprendizado (1) foram os benefícios citados no desempenho desse papel.

Tabela 4.4.6 - Atividades de passatempo / amador (n = 67)

CATEGORIAS DE ATIVIDADES	TIPOS DE ATIVIDADES	n	TIPOS DE ATIVIDADES	n
ESPORTIVAS	pesca	9	ioga	2
	caminhada	7	musculação	2
	ginástica	6	alongamento	2
	dança	4	karatê	1
	natação	4	atletismo	1
	pilates	3	judo	1
	futebol	3	bocha	1
	hidroginástica	3	bilhar	1
	voleibol	2		
	TOTAL			52
MANUAIS	crochê	7	horticultura	2
	jardinagem	6	costura	2
	tricô	5	bordado	1
	tocar violão	4	consertar carro	1
	marcenaria	3		
	TOTAL			31
AUDIOVISUAIS	televisão	27	cinema	1
	radio	2	musica	1
	TOTAL			31
INTELECTUAIS	leitura	14	escrever poesia	1
	baralho	7	caça palavras	1
	bingo	5	computador	1
	TOTAL			30
SOCIAIS	baile	7	centro convivência	1
	sauna	3	viajar	1
	praça	2	voluntariado	1
	lanchonete	1	passar	1
	clube	1		
	TOTAL			18
COTIDIANAS	cuidar da chácara	3	cozinhar	1
	trabalhar	2	serviço doméstico	1
	cuidar de animais	1		
	TOTAL			8

Fonte: Do autor, 2012.

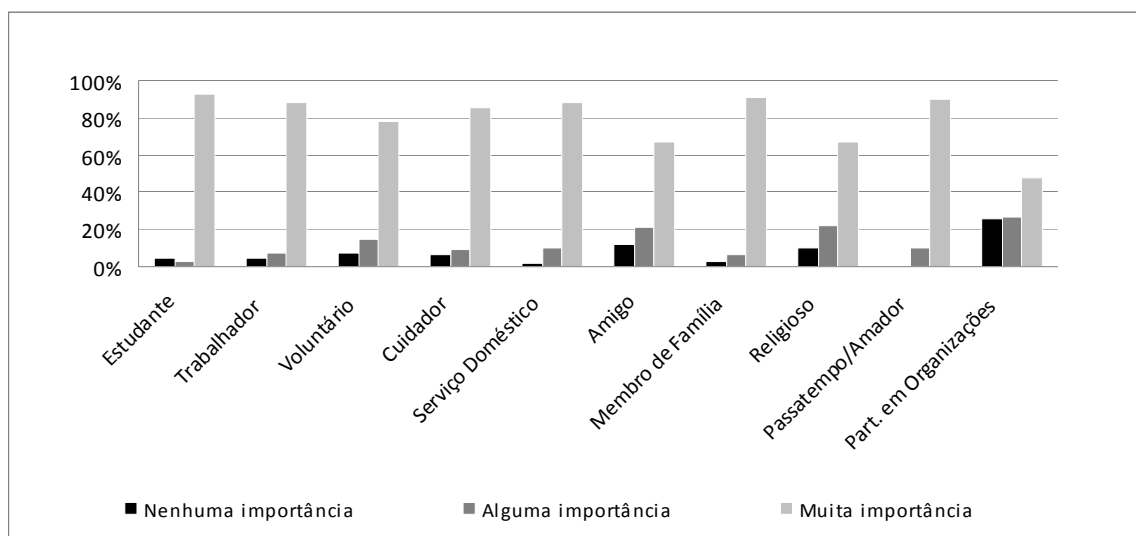
De acordo com os resultados expostos na Tabela 4.4.7, de um modo geral, o grupo estudado valoriza muito todos os papéis ocupacionais, exceto o de participante em Organizações. A maior importância foi atribuída ao papel de estudante, seguida por membro de família, passatempo / amador, trabalhador e serviço doméstico. Os dados percentuais da Tabela 4.4.7 está representada no Gráfico 4.4.3.

Tabela 4.4.7 - Distribuição do grau de importância dos papéis ocupacionais (n = 67)

PAPÉIS OCUPACIONAIS	Nenhuma importância		Alguma importância		Muita importância	
	n	%	n	%	n	%
Estudante	3	4	2	3	62	93
Trabalhador	3	4	5	7	59	88
Voluntário	5	7	10	15	52	78
Cuidador	4	6	6	9	57	85
Serviço Doméstico	1	1	7	10	59	88
Amigo	8	12	14	21	45	67
Membro de Família	2	3	4	6	61	91
Religioso	7	10	15	22	45	67
Passatempo / Amador	0	0	7	10	60	90
Participante em Organizações	17	25	18	27	32	48

Fonte: Do autor, 2012.

Gráfico 4.4.3 - Distribuição do grau de importância dos papéis ocupacionais (n = 67)



Fonte: Do autor, 2012.

O padrão de desempenho de papéis ocupacionais no *continuum* da vida está evidenciado na Tabela 4.4.8. Podemos observar que a ausência de papéis (ausente) e o desempenho contínuo no passado, presente e futuro (contínuo 2) apresentaram uma maior frequência, enquanto que o ganho de papéis no presente (ganho 1) e o engajamento no tempo passado e presente (contínuo 1) ocorreram com menor frequência.

Tabela 4.4.8 - Distribuição do padrão de desempenho de papéis ocupacionais (n = 67)

PAPÉIS OCUPACIONAIS	PADRÃO DE DESEMPENHO							
	Perda 1	Perda 2	Ganho 1	Ganho 2	Contínuo 1	Contínuo 2	Mudança	Ausente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Estudante	8 (12)	3 (4)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (3)	53 (79)
Trabalhador	39 (58)	5 (7)	0 (0)	0 (0)	2 (3)	15 (22)	0 (0)	6 (9)
Voluntário	9 (13)	0 (0)	0 (0)	6 (9)	0 (0)	10 (15)	1 (1)	41 (61)
Cuidador	19 (28)	4 (6)	1 (1)	4 (6)	3 (4)	16 (24)	0 (0)	20 (30)
Serviço Doméstico	0 (0)	0 (0)	1 (1)	15 (22)	0 (0)	47 (70)	0 (0)	4 (6)
Amigo	8 (12)	4 (6)	0 (0)	11 (16)	0 (0)	25 (37)	1 (1)	18 (27)
Membro de Família	5 (7)	1 (1)	0 (0)	4 (6)	0 (0)	47 (70)	2 (3)	8 (12)
Religioso	9 (13)	0 (0)	0 (0)	3 (4)	0 (0)	11 (16)	2 (3)	42 (63)
Passatempo/Amador	0 (0)	0 (0)	0 (0)	16 (24)	0 (0)	51 (76)	0 (0)	0 (0)
Particip. em Organiz.	9 (13)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	0 (0)	5 (7)	0 (0)	50 (75)
TOTAL	106 (15,8)	18 (2,7)	3 (0,5)	61 (9,1)	5 (0,7)	227 (33,9)	8 (1,2)	242 (36,1)

Fonte: Do autor, 2012.

Perda 1 - papel desempenhado no passado, não no presente e não é pretendido para o futuro.

Perda 2 - papel desempenhado no passado, não no presente e é pretendido para o futuro.

Ganho 1- papel não desempenhado no passado, mas sim no presente e não é pretendido para o futuro.

Ganho 2 - papel não desempenhado no passado, mas sim no presente e é pretendido para o futuro.

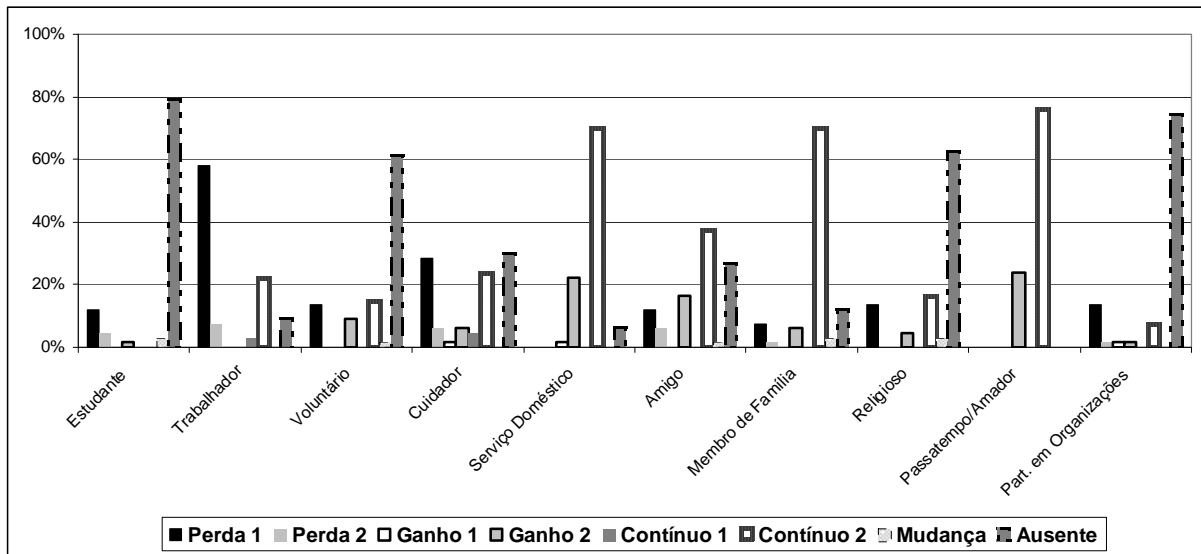
Contínuo 1 - papel desempenhado no passado, no presente e não é pretendido para o futuro.

Contínuo 2 - papel desempenhado no passado, no presente e é pretendido para o futuro.

Mudança - papel nunca desempenhado, nem no passado, nem no presente, mas é pretendido para o futuro.

Ausente - papel nunca desempenhado no passado e nem no presente, nem é pretendido para o futuro.

Os dados percentuais da Tabela 4.4.8 estão representados no Gráfico 4.4.4.

Gráfico 4.4.4 - Distribuição do padrão de desempenho de papéis ocupacionais (n = 67)

Fonte: Do autor, 2012.

Perda 1 - papel desempenhado no passado, não no presente e não é pretendido para o futuro.

Perda 2 - papel desempenhado no passado, não no presente e é pretendido para o futuro.

Ganho 1- papel não desempenhado no passado, mas sim no presente e não é pretendido para o futuro.

Ganho 2 - papel não desempenhado no passado, mas sim no presente e é pretendido para o futuro.

Contínuo 1 - papel desempenhado no passado, no presente e não é pretendido para o futuro.

Contínuo 2 - papel desempenhado no passado, no presente e é pretendido para o futuro.

Mudança - papel nunca desempenhado, nem no passado, nem no presente, mas é pretendido para o futuro.

Ausente - papel nunca desempenhado no passado e nem no presente, nem é pretendido para o futuro.

Podemos observar no padrão de desempenho Perda 1 que o papel de trabalhador (58%) aferiu maior porcentagem, seguido por cuidador (28%). Em contrapartida os papéis de serviço doméstico e passatempo / amador não tiveram nenhuma pontuação, ou seja, os idosos desempenham esses papéis também no presente e/ou futuro, e não só no passado.

Os papéis de trabalhador (7%), cuidador (6%), amigo (6%) estudante (4%), membro de família (1%) e participante em organizações (1%) foram citados no padrão Perda 2, ou seja, 2,7% dos idosos já estavam envolvidos com esses papéis no passado, por algum motivo não estão envolvidos no presente, mas pretendem resgatá-los no futuro. No entanto, há um número pequeno de idosos nessa posição.

Apenas 1 idoso nos papéis de cuidador, serviço doméstico e participante em organizações estão no padrão Ganho 1, ou seja, assinalaram esses papéis somente no tempo presente.

No padrão Ganho 2 o papel de passatempo / amador atingiu a maior pontuação com 24%, ou seja, 24% dos idosos estão envolvidos com esse papel no presente e pretendem permanecer engajados no futuro.

No Contínuo 1, somente os papéis de cuidador e trabalhador foram citados, no entanto, em número reduzido. Somente 0,7% dos idosos desenvolveram esses papéis no passado e continuam engajados até o tempo presente.

Podemos verificar através do padrão Contínuo 2, que a maioria dos idosos mantêm sem interrupção os papéis de passatempo / amador (76%), serviço doméstico (70%) e membro de família (70%). Todos os papéis ocupacionais foram mencionados como contínuos na carreira ocupacional do indivíduo, exceto o de estudante.

Apenas os papéis de estudante (3%), voluntário (1%), amigo (1%), membro de família (3%) e religioso (3%) foram citados no padrão Mudança. Apenas 1,2 % dos idosos não desempenharam esses papéis no passado e também não estão engajados no presente, mas aspiram desenvolvê-los no futuro.

Muitos idosos referiram o padrão Ausente, especialmente nos papéis de estudante (79%), participante em organizações (75%), religioso (42%) e voluntário (41%), ou seja, não desempenharam esses papéis no passado, não desempenham no presente e também não planejam desempenhá-lo no futuro. O único papel que não foi incluído nesse grupo foi o de passatempo / amador.

Em breve síntese, podemos destacar que os papéis de estudante, voluntário, cuidador, religioso e participante em organizações obtiveram maior média no padrão Ausente. Os papéis de serviço doméstico, amigo, membro de família e passatempo / amador tiveram destaque no padrão Contínuo 2 e o papel de trabalhador no Perda 1 (Tabela 4.4.8).

4.5 Papéis ocupacionais e dados demográficos, socioeconômicos e de saúde

A média e o desvio padrão dos papéis ocupacionais no passado, presente e futuro associados às variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde estão descritos na Tabela 4.5.1.

Tabela 4.5.1 - Valores dos papéis ocupacionais no passado, presente e futuro associados com as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde (n = 67)

VARIÁVEIS	ESQUEMA DE TEMPO					
	Passado		Presente		Futuro	
	M	DP	M	DP	M	DP
GÊNERO						
Homem (n = 33)	4,8	2,5	4,2	1,7	4,6	1,7
Mulher (n = 34)	5,8	1,7	4,6	1,6	4,8	1,5
IDADE (anos)						
70 – 74 (n = 37)	5,4	2,0	4,6	1,7	4,9	1,7
75 – 79 (n = 19)	5,1	2,5	4,1	1,8	4,4	1,7
80 – 84 (n = 11)	5,5	2,1	4,2	1,3	4,7	1,1
ESTADO CIVIL						
Casados (n = 47)	4,9	2,2	4,3	1,7	4,6	1,7
Não casados - solteiros/viúvos/divorciados (n = 20)	6,3	1,8	4,6	1,6	4,9	1,3
ESCOLARIDADE (anos de estudo)						
0 – 3 (n = 15)	4,1	1,7	3,9	1,5	3,9	1,3
4 – 7 (n = 33)	5,2	2,1	4,4	1,7	4,5	1,5
+ 8 (n = 19)	6,6	1,8	4,9	1,6	5,6	1,7
RENDA						
Até 3 SM (n = 39)	5,0	2,1	4,1	1,5	4,3	1,4
3 – 5 SM (n = 15)	4,5	1,8	4,3	1,5	4,7	1,5
+ 5 SM (n = 13)	7,3	1,6	5,6	1,8	5,8	1,7
SITUAÇÃO OCUPACIONAL						
Ativo (n = 17)	5,9	2,2	5,4	1,8	5,6	1,5
Inativo (n = 50)	5,1	2,1	4,1	1,4	4,4	1,5
ARRANJO FAMILIAR						
Mora sozinho (n = 8)	6,8	1,8	4,1	1,5	4,6	1,3
Mora acompanhado (n = 59)	5,1	2,1	4,5	1,7	4,7	1,7
EDG – 15						
Sem sintomatologia depressiva (n = 60)	5,4	2,2	4,5	1,7	4,7	1,6
Com sintomatologia depressiva (n = 7)	5	1,3	3,9	1,3	4,6	1,7
PRESENÇA DE DOENÇAS						
Não refere (n = 27)	4,9	2,1	4,4	1,7	4,6	1,7
Refere (n = 40)	5,6	2,1	4,4	1,6	4,8	1,6
ATIVIDADE FÍSICA						
Prática (n = 37)	5,5	2,0	4,4	1,4	4,8	1,5
Não prática (n = 30)	5,1	2,3	4,4	1,9	4,6	1,7

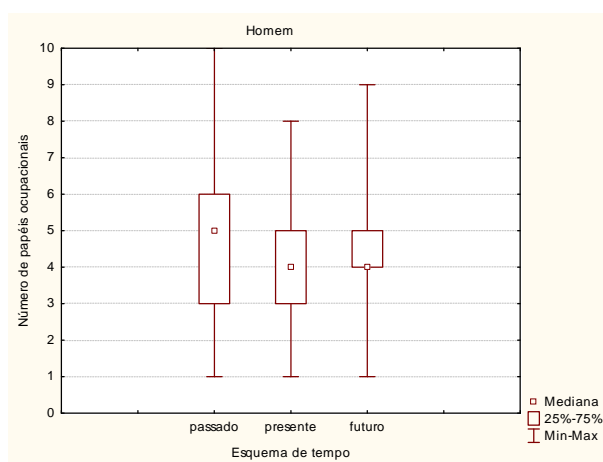
Fonte: Do autor, 2012.

M – Média aritmética. DP – Desvio padrão. SM – salários mínimos.

Na avaliação da variável homem, verificamos que, de um modo geral, não houve diferenças significativas entre o número de papéis e o esquema de tempo ($p = 0,3019$). Contudo, na comparação isolada entre o presente e o futuro, podemos confirmar o interesse dos homens em aumentar o número de papéis no futuro ($p = 0,0262$) (Gráfico 4.5.1).

Para as mulheres, observamos que ocorreu uma perda de papéis entre o passado e presente ($p = 0,0001$) e passado e futuro ($p = 0,0003$), mas a comparação entre presente e futuro não revelou diferenças significativas ($p = 0,2135$) (Gráfico 4.5.2).

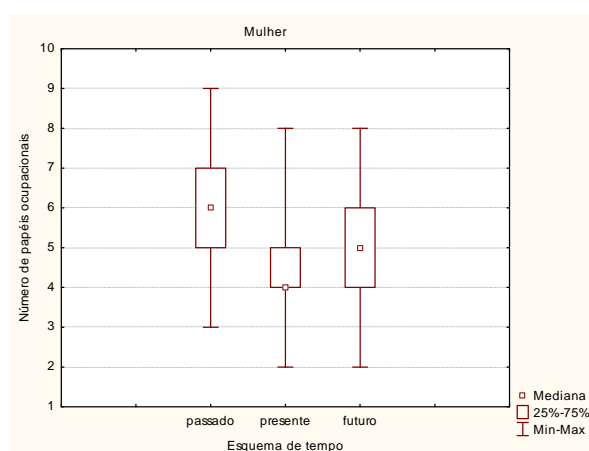
Gráfico 4.5.1 - Valores dos papéis ocupacionais dos homens ($n = 33$)



Fonte: Do autor, 2012.

* diferença não significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,3019$) pelo Teste de Friedman; diferença não significativa entre passado e presente ($p = 0,0674$) e entre passado e futuro ($p = 0,7750$) pelo Teste de Wilcoxon e diferença significativa entre presente e futuro ($p = 0,0262$) pelo Teste de Wilcoxon.

Gráfico 4.5.2 - Valores dos papéis ocupacionais das mulheres ($n = 34$)

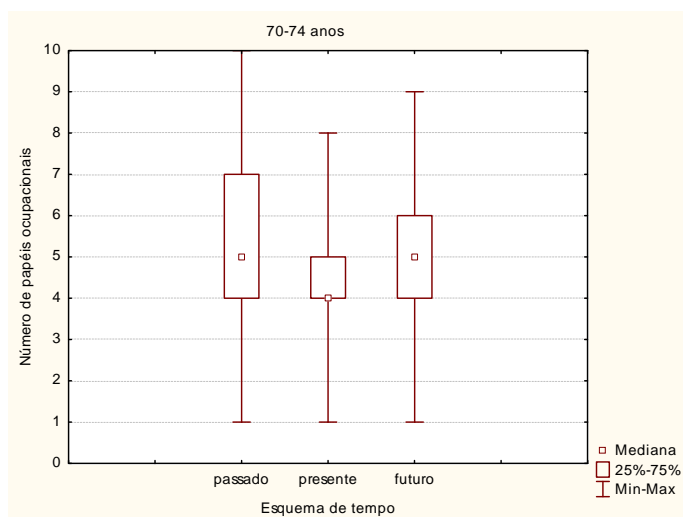


Fonte: Do autor, 2012.

* diferença significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,0000$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0001$) e entre passado e futuro ($p = 0,0003$) pelo Teste de Wilcoxon e diferença não significativa entre presente e futuro ($p = 0,2135$) pelo Teste de Wilcoxon.

Os idosos com idade entre 70 e 74 anos perderam papéis ocupacionais quando comparado o passado e presente ($p = 0,0101$) (Gráfico 4.5.3). Na faixa etária dos 75 aos 79 anos os idosos também perderam papéis ocupacionais entre o passado e presente ($p = 0,0356$) (Gráfico 4.5.4).

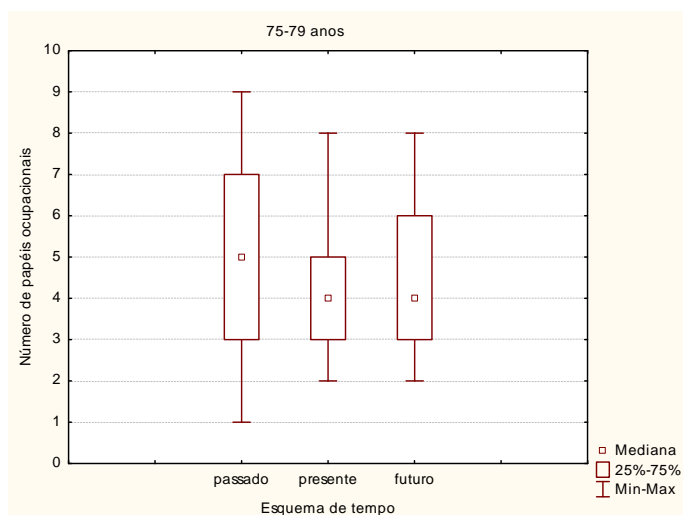
Gráfico 4.5.3 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos de 70-74 anos (n = 37)



Fonte: Do autor, 2012.

* diferença não significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,0580$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0101$) pelo Teste de Wilcoxon e diferença não significativa entre passado e futuro ($p = 0,0667$) e entre presente e futuro ($p = 0,1551$) pelo Teste de Wilcoxon.

Gráfico 4.5.4 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos de 75-79 anos (n = 19)

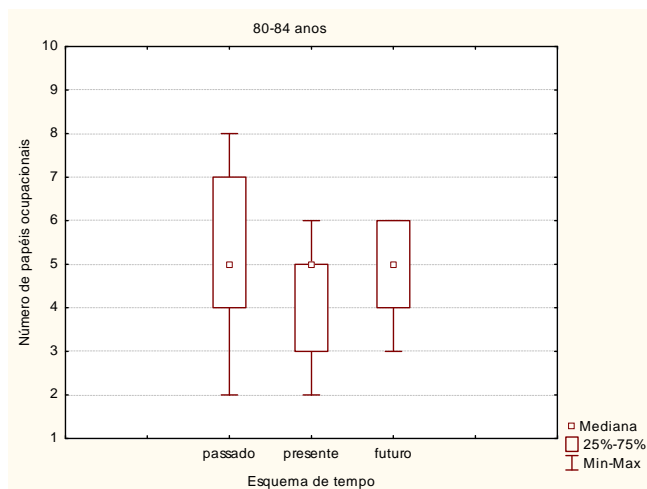


Fonte: Do autor, 2012.

* diferença não significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,3198$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0356$) pelo Teste de Wilcoxon e diferença não significativa entre passado e futuro ($p = 0,1422$) e entre presente e futuro ($p = 0,2488$) pelo Teste de Wilcoxon.

Os idosos com 80 a 84 anos perderam papéis entre o passado e presente ($p = 0,0208$), mas pretendem ganhar do presente para o futuro ($p = 0,0431$) (Gráfico 4.5.5).

Gráfico 4.5.5 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos de 80-84 anos ($n = 11$)

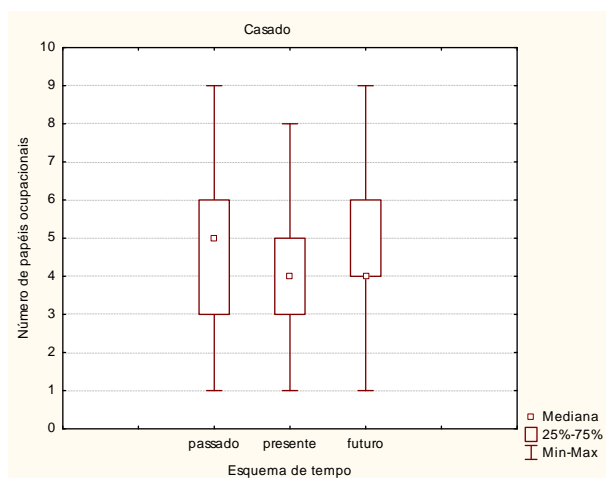


Fonte: Do autor, 2012.

* diferença significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,0201$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0208$) e entre presente e futuro ($p = 0,0431$) pelo Teste de Wilcoxon e diferença não significativa entre passado e futuro ($p = 0,1386$) pelo Teste de Wilcoxon.

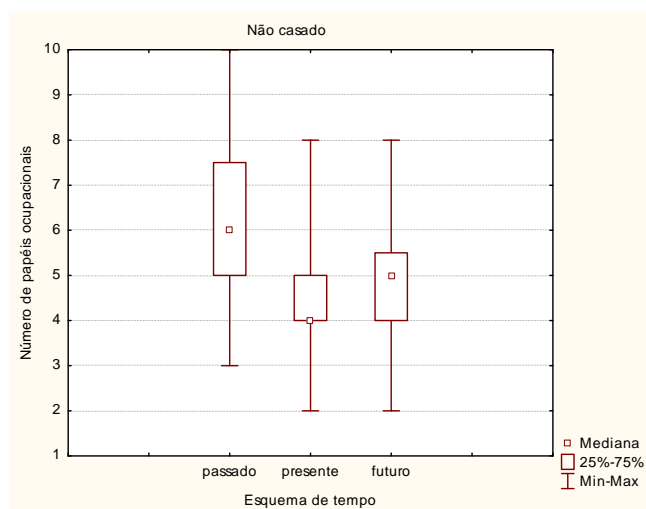
Pelo Gráfico 4.5.6, verificamos que houve uma diminuição do engajamento ocupacional dos casados entre o passado e presente ($p = 0,0096$) e um aumento entre o presente e futuro ($p = 0,0330$).

Gráfico 4.5.6 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos casados ($n = 47$)



Fonte: Do autor, 2012.

*diferença não significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,0859$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0096$) e entre presente e futuro ($p = 0,0330$) pelo Teste de Wilcoxon e diferença não significativa entre passado e futuro ($p = 0,2347$) pelo Teste de Wilcoxon.

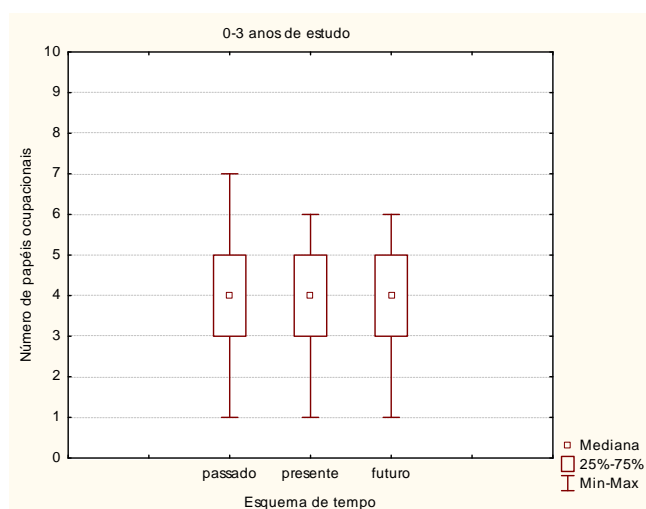
Gráfico 4.5.7 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos não casados (n = 20)

Fonte: Do autor, 2012.

* diferença significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,0028$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0018$) e entre passado e futuro ($p = 0,0056$) pelo Teste de Wilcoxon e diferença não significativa entre presente e futuro ($p = 0,2048$) pelo Teste de Wilcoxon.

No Gráfico acima, verificamos no subgrupo dos não casados diferenças significativas entre os tempos passado e presente ($p = 0,0018$) e passado e futuro ($p = 0,0056$).

Em relação aos idosos que possuem escolaridade de 0 a 3 anos não foi possível constatar diferença expressiva do número de papéis ocupacionais nos 3 tempos ($p = 1,0000$) (Gráfico 4.5.8).

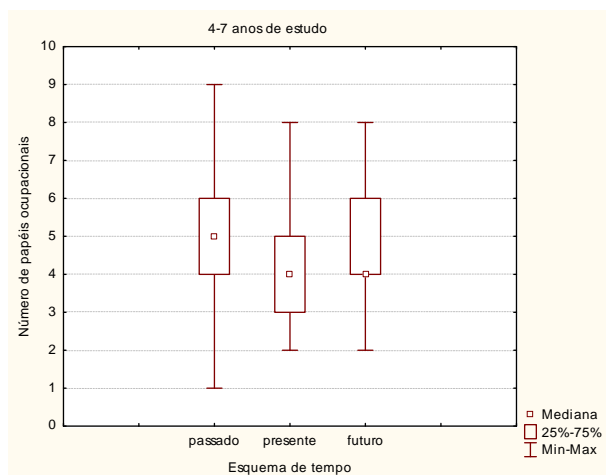
Gráfico 4.5.8 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos com 0 a 3 anos de estudo (n = 15)

Fonte: Do autor, 2012.

* diferença não significativa entre passado, presente e futuro ($p = 1,0000$) pelo Teste de Friedman; diferença não significativa entre passado e presente ($p = 0,6102$), passado e futuro ($p = 0,7597$) e presente e futuro ($p = 1,0000$) pelo Teste de Wilcoxon.

Os idosos com 4 a 7 anos e acima de 8 anos de estudo perderam papéis ocupacionais entre o passado e presente ($p = 0,0098$ e $p = 0,0016$, respectivamente) e o passado e futuro ($p = 0,0464$ e $0,0408$, respectivamente), como demonstram os Gráficos 4.5.9 e 4.5.10. No entanto, os idosos com escolaridade acima de 8 anos almejam adquirir mais papéis na comparação entre o presente e o futuro ($p = 0,0506$).

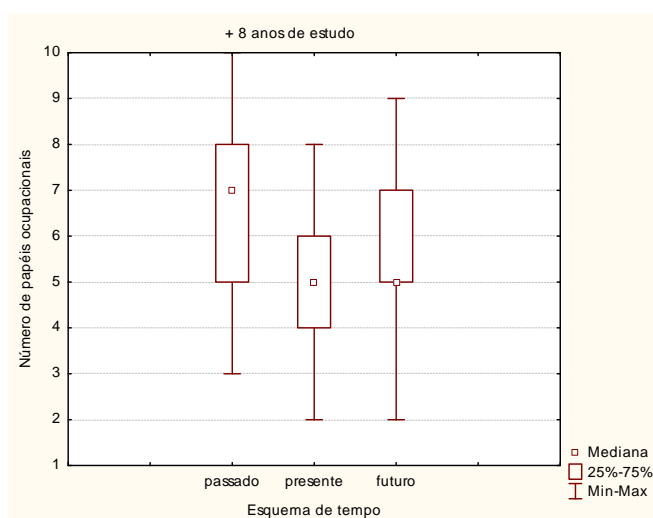
Gráfico 4.5.9 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos com 4 a 7 anos de estudo ($n = 33$)



Fonte: Do autor, 2012.

* diferença não significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,0771$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0098$) e entre passado e futuro ($p = 0,0464$) pelo Teste de Wilcoxon e diferença não significativa entre presente e futuro ($p = 0,1097$) pelo Teste de Wilcoxon.

Gráfico 4.5.10 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos com mais de 8 anos de estudo ($n = 19$)

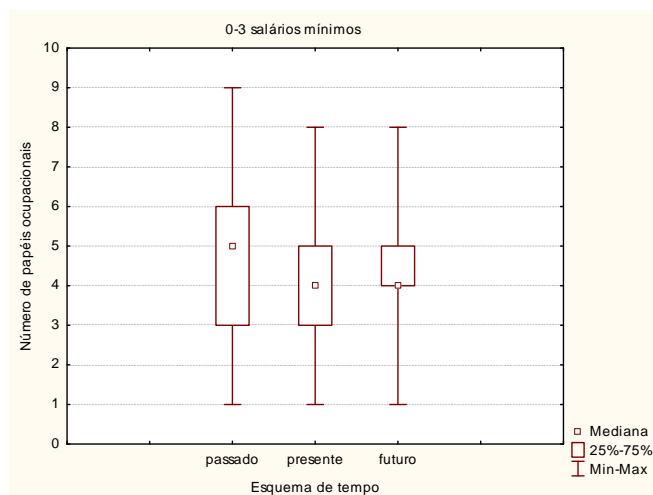


Fonte: Do autor, 2012.

* diferença significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,0008$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0016$), passado e futuro ($p = 0,0408$) e presente e futuro ($p = 0,0506$) pelo Teste de Wilcoxon.

Os idosos que recebem de 0 a 3 salários mínimos apresentaram diferenças significativas entre a quantidade de papéis ocupacionais nos 3 tempos ($p = 0,0069$), como podemos visualizar no Gráfico 4.5.11. Em contrapartida, não se verificou diferenças expressivas com os idosos de 3 a 5 salários mínimos ($p = 0,7292$) (Gráfico 4.5.12).

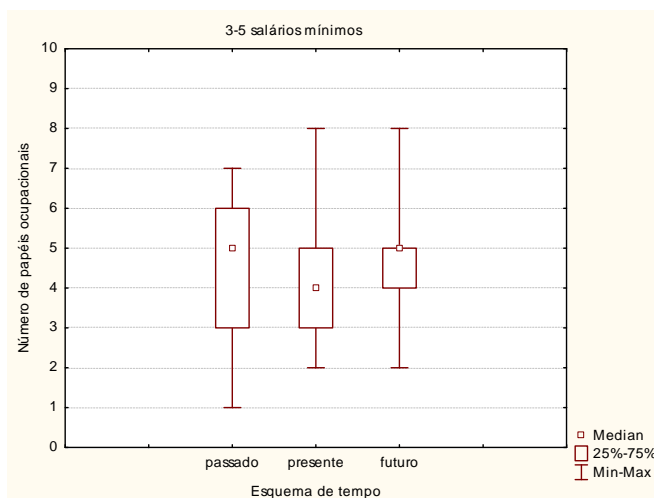
Gráfico 4.5.11 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos com renda de até 3 salários mínimos ($n = 39$)



Fonte: Do autor, 2012.

* diferença significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,0069$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0015$), passado e futuro ($p = 0,0279$) e presente e futuro ($p = 0,0190$) pelo Teste de Wilcoxon.

Gráfico 4.5.12 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos com renda de 3 a 5 salários mínimos ($n = 15$)

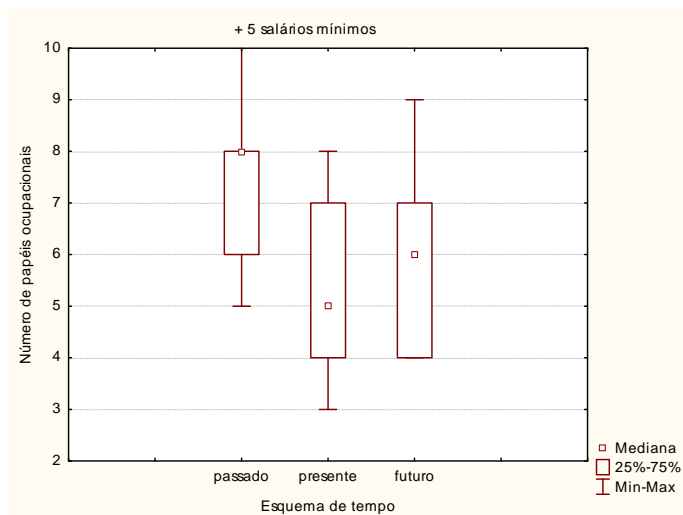


Fonte: Do autor, 2012.

* diferença não significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,7292$) pelo Teste de Friedman; diferença não significativa entre passado e presente ($p = 0,6101$), passado e futuro ($p = 0,7212$) e presente e futuro ($p = 0,2012$) pelo Teste de Wilcoxon.

Na análise da renda superior a 5 salários mínimos, constatamos que ocorreu uma perda de papéis na transição do passado para o presente ($p = 0,0076$) e do passado para o futuro ($p = 0,0150$) (Gráfico 4.5.13).

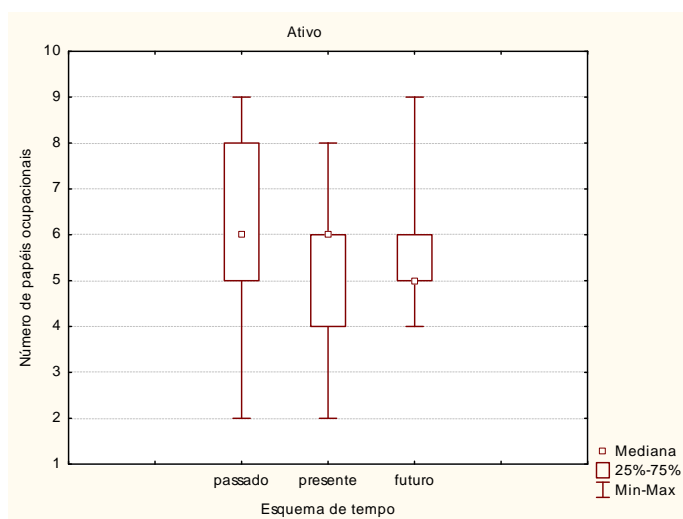
Gráfico 4.5.13 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos com renda acima de 5 salários mínimos ($n = 13$)



Fonte: Do autor, 2012.

* diferença significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,0104$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0076$) e entre passado e futuro ($p = 0,0150$) pelo Teste de Wilcoxon e diferença não significativa entre presente e futuro ($p = 0,5293$) pelo Teste de Wilcoxon.

Gráfico 4.5.14 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos ativos ($n = 17$)

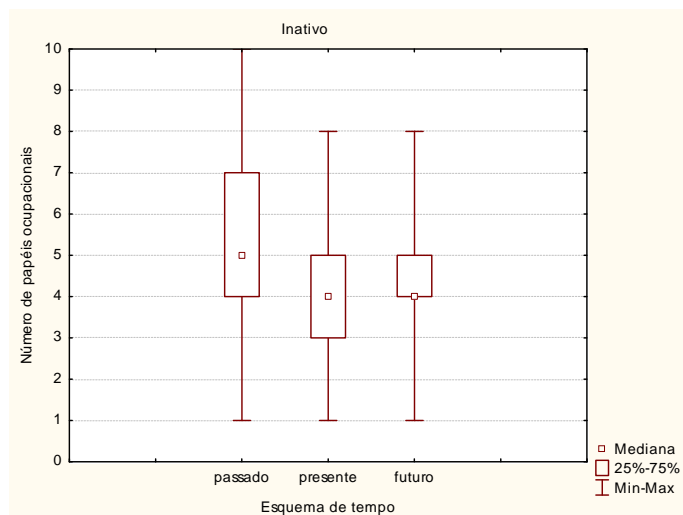


Fonte: Do autor, 2012.

* diferença não significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,5991$) pelo Teste de Friedman; diferença não significativa entre passado e presente ($p = 0,1548$), passado e futuro ($p = 0,4769$) e presente e futuro ($p = 0,2488$) pelo Teste de Wilcoxon.

Pelos Gráficos 4.5.14 e 4.5.15, podemos observar que os idosos ativos não apresentaram diferenças significativas no número de papéis ao longo do tempo ($p = 0,5991$), mas os inativos apresentaram mudanças importantes ($p = 0,0010$).

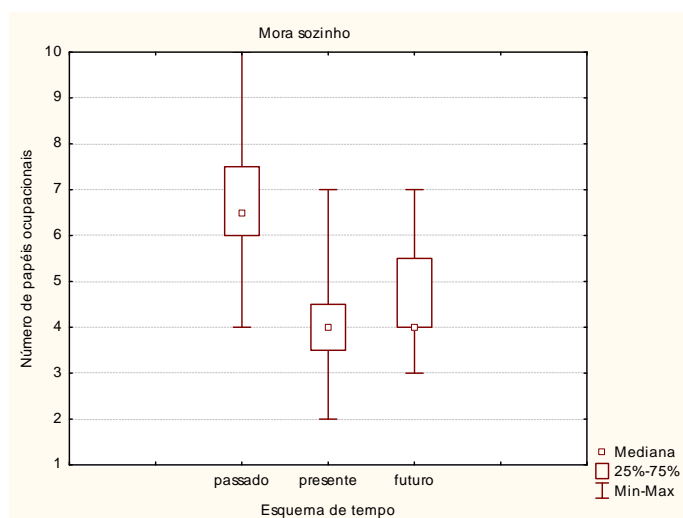
Gráfico 4.5.15 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos inativos (n = 50)



Fonte: Do autor, 2012.

* diferença significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,0010$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0001$), passado e futuro ($p = 0,0057$) e presente e futuro ($p = 0,0238$) pelo Teste de Wilcoxon.

Gráfico 4.5.16 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos que moram sozinhos (n = 8)

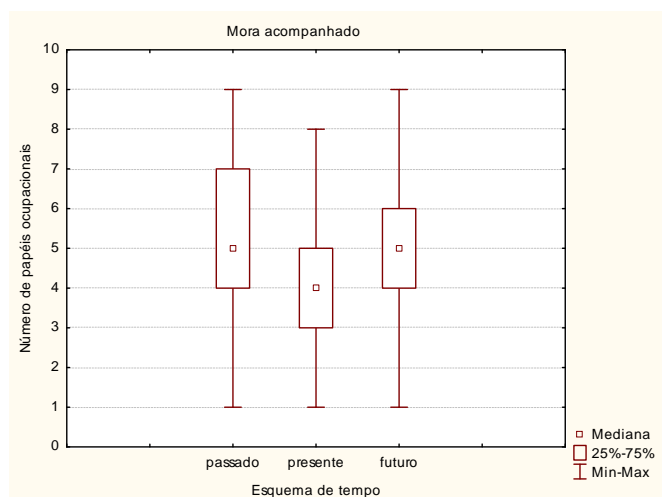


Fonte: Do autor, 2012.

* diferença significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,0119$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0172$) e entre passado e futuro ($p = 0,0250$) pelo Teste de Wilcoxon e diferença não significativa entre presente e futuro ($p = 0,0678$) pelo Teste de Wilcoxon.

Pela análise do Gráfico 4.5.16 podemos observar que houve mudanças importantes na quantidade de papéis dos idosos que moram sozinhos durante a transição do passado para o presente ($p = 0,0172$) e do passado para o futuro ($p = 0,0250$). Para os idosos que moram acompanhados a diferença significativa está entre o passado e presente ($p = 0,0013$) e entre o presente e futuro ($p = 0,0411$) (Gráfico 4.5.17).

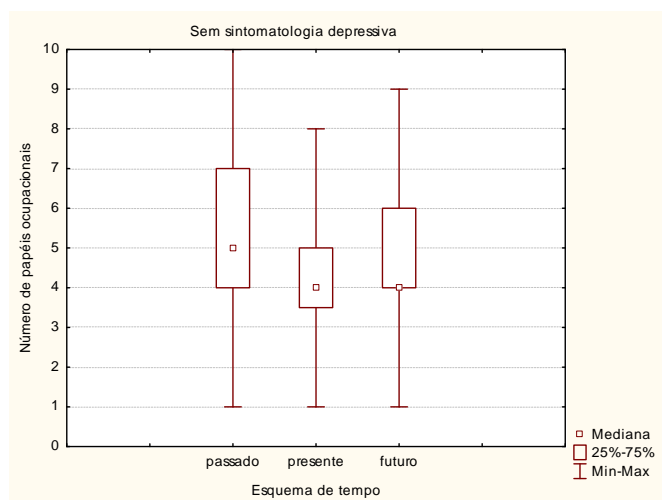
Gráfico 4.5.17 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos que não moram sozinhos ($n = 59$)



Fonte: Do autor, 2012.

* diferença significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,0216$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0013$), e entre presente e futuro ($p = 0,0411$) pelo Teste de Wilcoxon e diferença não significativa entre passado e futuro ($p = 0,0549$) pelo Teste de Wilcoxon.

Gráfico 4.5.18 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos sem sintomatologia depressiva ($n = 60$)

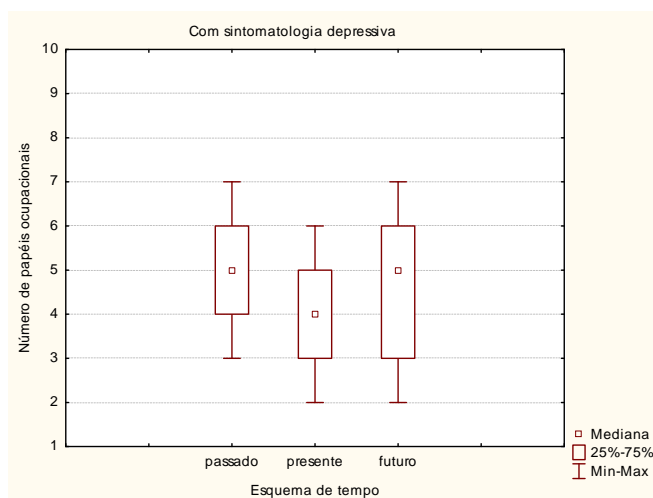


Fonte: Do autor, 2012.

* diferença significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,0076$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0002$), passado e futuro ($p = 0,0064$) e presente e futuro ($p = 0,0417$) pelo Teste de Wilcoxon.

Os idosos sem sintomas de depressão perderam papéis ocupacionais do passado para o presente ($p = 0,0002$) e do passado para o futuro ($p = 0,0064$). No entanto, buscam adquirir mais no futuro ($p = 0,0417$) (Gráfico 4.5.18). Os números do Gráfico 4.5.19, referente aos idosos com sintomatologia depressiva, demonstram que há diferença significativa na comparação do tempo passado com o presente ($p = 0,0431$).

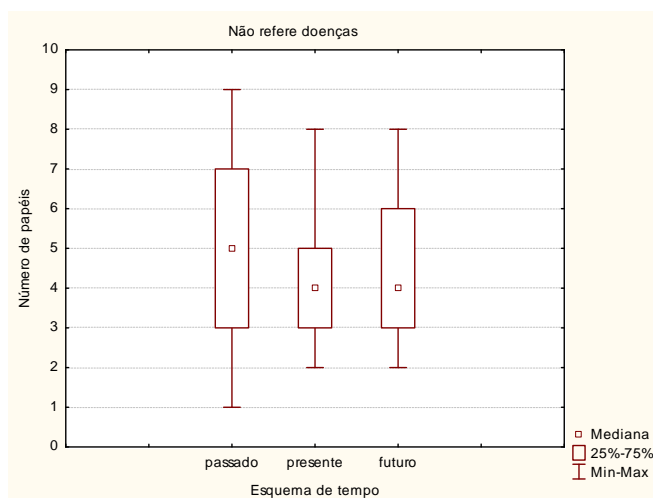
Gráfico 4.5.19 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos com sintomatologia depressiva (n = 7)



Fonte: Do autor, 2012.

* diferença não significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,0578$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0431$) pelo Teste de Wilcoxon e diferença não significativa entre passado e futuro ($p = 0,5293$) e entre presente e futuro ($p = 0,1088$) pelo Teste de Wilcoxon.

Gráfico 4.5.20 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos que não referem doenças (n = 27)

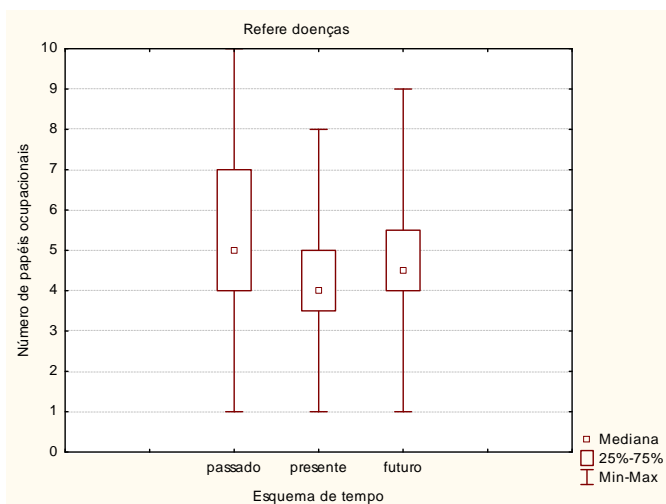


Fonte: Do autor, 2012.

* diferença não significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,3418$) pelo Teste de Friedman; diferença não significativa entre passado e presente ($p = 0,0918$), passado e futuro ($p = 0,2767$) e presente e futuro ($p = 0,1088$) pelo Teste de Wilcoxon.

Os números do Gráfico 4.5.20 demonstram que não houve diferenças expressivas do número de papéis ocupacionais dos idosos que não referem doenças ao longo do tempo ($p = 0,3418$). No entanto, verificamos que os idosos que referem doenças perderam papéis do passado para o presente ($p = 0,0001$) e do passado para o futuro ($p = 0,077$), mas pretendem ganhar papéis no futuro ($0,0394$) (Gráfico 4.5.21).

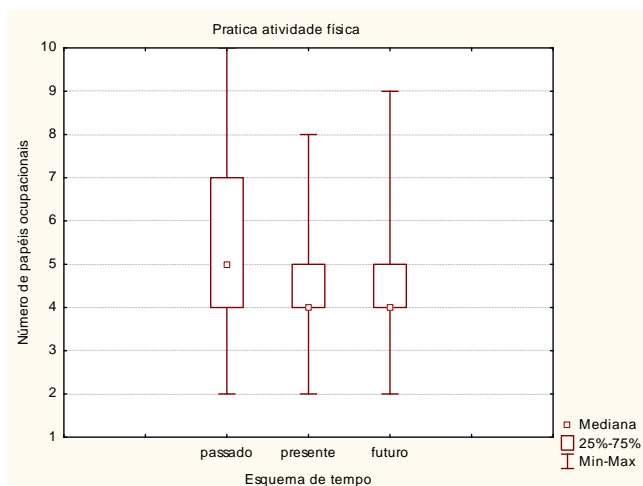
Gráfico 4.5.21 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos que referem doenças ($n = 40$)



Fonte: Do autor, 2012.

* diferença significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,0016$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0001$), passado e futuro ($p = 0,0077$) e presente e futuro ($p = 0,0394$) pelo Teste de Wilcoxon.

Gráfico 4.5.22- Valores dos papéis ocupacionais dos idosos que praticam atividade física ($n = 37$)

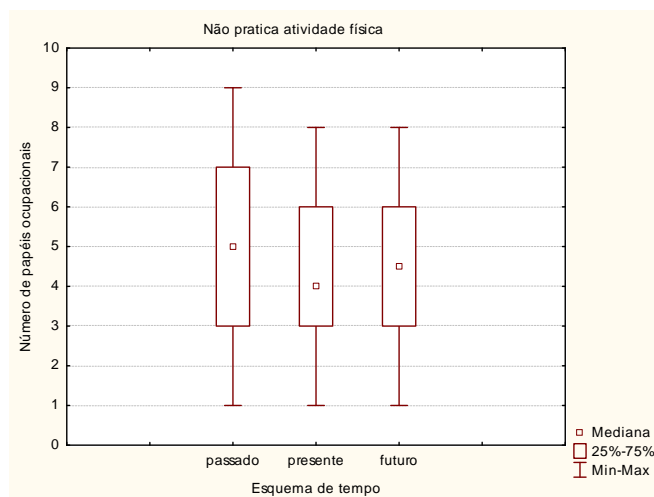


Fonte: Do autor, 2012.

* diferença significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,0071$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0006$), passado e futuro ($p = 0,0147$) e presente e futuro ($p = 0,0112$) pelo Teste de Wilcoxon.

Pelo Gráfico 4.5.22, verificamos mudanças do engajamento ocupacional dos idosos que praticam atividade física no *continuum* da vida ($p = 0,0071$). Em relação aos idosos que não praticam atividade física, verificamos mudanças significativas somente na comparação do passado com o presente (Gráfico 4.5.23).

Gráfico 4.5.23 - Valores dos papéis ocupacionais dos idosos que não praticam atividade física
($n = 30$)



Fonte: Do autor, 2012.

* diferença não significativa entre passado, presente e futuro ($p = 0,1070$) pelo Teste de Friedman; diferença significativa entre passado e presente ($p = 0,0299$) pelo Teste de Wilcoxon e diferença não significativa entre passado e futuro ($p = 0,1617$) e entre presente e futuro ($p = 0,3432$) pelo Teste de Wilcoxon.

A Tabela 4.5.2 resume a mudança no desempenho ocupacional do idoso ao longo do tempo, a partir da ótica de cada variável demográfica, socioeconômica e de saúde. Em todos os subgrupos, os idosos perderam papéis ocupacionais quando comparado isoladamente o passado com o presente, com exceção aos homens; idosos com escolaridade de 0 a 3 anos; renda de 3 a 5 salários mínimos; idosos ativos e os que não referem doenças.

Os subgrupos que apresentaram diferença significativa no número de papéis ocupacionais entre o presente e o futuro, evidenciando a busca pela ampliação do repertório ocupacional, foram: homens; idade de 80 aos 84 anos; casados; mais de 8 anos de estudo; renda até 3 salários mínimos; inativos; que moram acompanhados; sem sintomas de depressão; que referem doenças e praticam atividade física (Tabela 4.5.2).

Tabela 4.5.2 – Ocorrência de mudança no desempenho ocupacional do idoso ao longo do tempo, a partir da ótica de cada variável demográfica, socioeconômica e de saúde

VARIÁVEIS	COMPARAÇÃO ENTRE O ESQUEMA DE TEMPO			
	Passado, presente e futuro*	Passado e presente**	Passado e futuro**	Presente e futuro**
GÊNERO				
Homem (n = 33)	-	-	-	X
Mulher (n = 34)	X	X	X	-
IDADE (anos)				
70 – 74 (n = 37)	-	X	-	-
75 – 79 (n = 19)	-	X	-	-
80 – 84 (n = 11)	X	X	-	X
ESTADO CIVIL				
Casados (n = 47)	-	X	-	X
Não casados - solteiros, viúvos e divorciados (n = 20)	X	X	X	-
ESCOLARIDADE (anos de estudo)				
0 – 3 (n = 15)	-	-	-	-
4 – 7 (n = 33)	-	X	X	-
+ 8 (n = 19)	X	X	X	X
RENDA				
Até 3 SM (n = 39)	X	X	X	X
3 – 5 SM (n = 15)	-	-	-	-
□ 5 SM (n = 13)	X	X	X	-
SITUAÇÃO OCUPACIONAL				
Ativo (n = 17)	-	-	-	-
Inativo (n = 50)	X	X	X	X
ARRANJO FAMILIAR				
Mora sozinho (n = 8)	X	X	X	-
Mora acompanhado (n = 59)	X	X	-	X
EDG - 15				
Sem sintomatologia depressiva (n = 60)	X	X	X	X
Com sintomatologia depressiva (n = 7)	-	X	-	-
PRESENÇA DE DOENCAS				
Não refere (n = 27)	-	-	-	-
Refere (n = 40)	X	X	X	X
ATIVIDADE FÍSICA				
Prática (n = 37)	X	X	X	X
Não prática (n = 30)	-	X	-	-
TOTAL	12	18	11	10

Fonte: Do autor, 2012.

SM – salários mínimos. X diferença significativa. – diferença não significativa.

* Teste de Friedman. ** Teste de Wilcoxon.

A seguir será apresentada a análise de cada papel ocupacional na comparação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde.

No confronto entre todos os papéis ocupacionais e o gênero no passado, como demonstrado na Tabela 4.5.3, verificamos diferenças significativas nos papéis de trabalhador para os homens e nos papéis de cuidador, serviço doméstico e membro de família para as mulheres.

Tabela 4.5.3 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e o gênero

Papéis Ocupacionais		Homem (n = 33) M = 4,8 ± 2,5		Mulher (n = 34) M = 5,8 ± 1,7		p
		n	%	n	%	
Estudante	s	5	15	6	18	0,5219
	n	28	85	28	82	
Trabalhador	s	33	100	28	82	0,0135*
	n	0	0	6	18	
Voluntário	s	8	24	11	32	0,3214
	n	25	76	23	68	
Cuidador	s	16	48	26	76	0,0168*
	n	17	52	8	24	
Serviço Doméstico	s	15	45	32	94	0,0000*
	n	18	55	2	6	
Amigo	s	17	52	20	59	0,3611
	n	16	48	14	41	
Membro de Família	s	22	67	31	91	0,0141*
	n	11	33	3	9	
Religioso	s	10	30	10	29	0,5739
	n	23	70	24	71	
Passatempo/Amador	s	23	70	28	82	0,1768
	n	10	30	6	18	
Participante em Organizações	s	10	30	6	18	0,1768
	n	23	70	28	82	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. * Resultados significativos pelo Teste Exato de Fisher.

A Tabela abaixo apresenta os papéis ocupacionais associados ao gênero no presente, com significância somente para o papel de trabalhador para os homens.

Tabela 4.5.4 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e o gênero

Papéis Ocupacionais		Homem (n = 33) M = 4,2 ± 1,7		Mulher (n = 34) M = 4,6 ± 1,6		p
		n	%	n	%	
Estudante	s	0	0	1	3	0,5075
	n	33	100	33	97	
Trabalhador	s	12	36	5	15	0,0388*
	n	21	64	29	85	
Voluntário	s	9	27	7	21	0,3615
	n	24	73	27	79	
Cuidador	s	11	33	13	38	0,4353
	n	22	67	21	62	
Serviço Doméstico	s	29	88	34	100	0,0534
	n	4	12	0	0	
Amigo	s	16	48	20	59	0,2733
	n	17	52	14	41	
Membro de Família	s	22	67	29	85	0,0661
	n	11	33	5	15	
Religioso	s	6	18	8	24	0,4068
	n	27	82	26	76	
Passatempo/Amador	s	33	100	34	100	1,0000
	n	0	0	0	0	
Participante em Organizações	s	2	6	6	18	0,1389
	n	31	94	28	82	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. * Resultados significativos pelo Teste Exato de Fisher.

A relação entre os papéis e o gênero no futuro não apresenta resultados significativos, conforme demonstrado pela Tabela 4.5.4.

Tabela 4.5.5 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e o gênero

Papéis Ocupacionais		Homem (n = 33) M = 4,6 ± 1,7		Mulher (n = 34) M = 4,8 ± 1,5		p
		n	%	n	%	
Estudante	s	4	12	3	9	0,4829
	n	29	88	31	91	
Trabalhador	s	13	39	7	21	0,0782
	n	20	61	27	79	
Voluntário	s	10	30	7	21	0,2637
	n	23	70	27	79	
Cuidador	s	11	33	13	38	0,4353
	n	22	67	21	62	
Serviço Doméstico	s	29	88	33	97	0,1686
	n	4	12	1	3	
Amigo	s	20	61	21	62	0,5608
	n	13	39	13	38	
Membro de Família	s	24	73	30	88	0,0971
	n	9	27	4	12	
Religioso	s	7	21	9	26	0,4142
	n	26	79	25	74	
Passatempo/Amador	s	33	100	34	100	1,0000
	n	0	0	0	0	
Participante em Organizações	s	3	9	5	15	0,3716
	n	30	91	29	85	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética.

No que se refere a idade, ao analisar as Tabelas 4.5.6, 4.5.7 e 4.5.8, verificamos que não há diferenças significativas entre as faixas de idade, exceto para o papel de membro de família, no tempo presente.

Tabela 4.5.6 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e a idade

Papéis Ocupacionais		70 - 74 (n = 37)		75 - 79 (n = 19)		80 - 84 (n = 11)		p
		M = 5,4 ± 2		M = 5,1 ± 2,5		M = 5,5 ± 2,1		
		n	%	n	%	n	%	
Estudante	s	7	19	2	11	2	18	0,7138
	n	30	81	17	89	9	82	
Trabalhador	s	34	92	18	95	9	82	0,4727
	n	3	8	1	5	2	18	
Voluntário	s	10	27	5	26	4	36	0,8113
	n	27	73	14	74	7	64	
Cuidador	s	24	65	11	58	7	64	0,8755
	n	13	35	8	42	4	36	
Serviço Doméstico	s	25	68	14	74	8	73	0,8754
	n	12	32	5	26	3	27	
Amigo	s	19	51	12	63	6	55	0,7011
	n	18	49	7	37	5	45	
Membro de Família	s	32	86	13	68	8	73	0,2463
	n	5	14	6	32	3	27	
Religioso	s	11	30	5	26	4	36	0,8452
	n	26	70	14	74	7	64	
Passatempo/Amador	s	29	78	13	68	9	82	0,6313
	n	8	22	6	32	2	18	
Participante Organiz.	s	10	27	3	16	3	27	0,6202
	n	27	73	16	84	8	73	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética.

O valor de p, apresentado na Tabela 4.5.6, mostra que não há associação da idade com o desempenho dos papéis ocupacionais no passado.

Tabela 4.5.7 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e a idade

Papéis Ocupacionais		70 - 74 (n = 37) M = 4,6 ± 1,7		75 - 79 (n = 19) M = 4,1 ± 1,8		80 - 84 (n = 11) M = 4,2 ± 1,3		p
		n	%	n	%	n	%	
Estudante	s	0	0	1	5	0	0	0,2774
	n	37	100	18	95	11	100	
Trabalhador	s	11	30	2	11	4	36	0,1936
	n	26	70	17	89	7	64	
Voluntário	s	9	24	4	21	3	27	0,9244
	n	28	76	15	79	8	73	
Cuidador	s	15	41	6	32	3	27	0,6515
	n	22	59	13	68	8	73	
Serviço Doméstico	s	35	95	18	95	10	91	0,8919
	n	2	5	1	5	1	9	
Amigo	s	18	49	12	63	6	55	0,5867
	n	19	51	7	37	5	45	
Membro de Família	s	33	89	12	63	6	55	0,0179*
	n	4	11	7	37	5	45	
Religioso	s	9	24	2	11	3	27	0,4128
	n	28	76	17	89	8	73	
Passatempo/Amador	s	37	100	19	100	11	100	1,0000
	n	0	0	0	0	0	0	
Participante Organiz.	s	5	14	2	11	1	9	0,9012
	n	32	86	17	89	10	91	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. * Resultados significativos pelo Teste Exato de Fisher.

Podemos observar na Tabela 4.5.7 que o aumento da idade influenciou na diminuição do papel de membro de família.

Tabela 4.5.8 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e a idade

Papéis Ocupacionais		70 - 74 (n = 37) M = 4,9 ± 1,7		75 - 79 (n = 19) M = 4,4 ± 1,7		80 - 84 (n = 11) M = 4,7 ± 1,1		p
		n	%	n	%	n	%	
Estudante	s	3	8	3	16	1	9	0,6645
	n	34	92	16	84	10	91	
Trabalhador	s	14	38	2	11	4	36	0,0936
	n	23	62	17	89	7	64	
Voluntário	s	10	27	4	21	3	27	0,8773
	n	27	73	15	79	8	73	
Cuidador	s	12	32	7	37	5	45	0,7271
	n	25	68	12	73	6	55	
Serviço Doméstico	s	34	92	18	95	10	91	0,9059
	n	3	8	1	5	1	9	
Amigo	s	22	59	12	63	7	64	0,9487
	n	15	41	7	37	4	36	
Membro de Família	s	33	89	13	68	8	73	0,1365
	n	4	11	6	32	3	27	
Religioso	s	10	27	3	16	3	27	0,6202
	n	27	73	16	84	8	73	
Passatempo/Amador	s	37	100	19	100	11	100	1,0000
	n	0	0	0	0	0	0	
Participante Organiz.	s	5	14	2	11	1	9	0,9012
	n	32	86	17	89	10	91	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética.

O valor de p, apresentado na Tabela 4.5.8, mostra que não há associação da idade com o desempenho dos papéis ocupacionais no futuro.

No que se refere ao estado civil, os dados expostos abaixo mostram diferenças significativas nos papéis de estudante, voluntário e amigo. Os idosos não casados referem que desempenharam mais esses papéis no passado do que os idosos casados.

Tabela 4.5.9 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e o estado civil

Papéis Ocupacionais		Casados (n=47) M = 4,9 ± 2,2		Não casados (n=20) M = 6,3 ± 1,8		p
		n	%	n	%	
Estudante	s	4	9	7	35	0,0125*
	n	43	91	13	65	
Trabalhador	s	43	91	18	90	0,5850
	n	4	9	2	10	
Voluntário	s	10	21	9	45	0,0490*
	n	37	79	11	55	
Cuidador	s	27	57	15	75	0,1389
	n	20	43	5	25	
Serviço Doméstico	s	31	66	16	80	0,1971
	n	16	34	4	20	
Amigo	s	22	47	15	75	0,0304*
	n	25	53	5	25	
Membro de Família	s	36	77	17	85	0,3366
	n	11	23	3	15	
Religioso	s	12	26	8	40	0,1853
	n	35	74	12	60	
Passatempo/Amador	s	34	72	17	85	0,2152
	n	13	28	3	15	
Participante Organiz.	s	13	28	3	15	0,2152
	n	34	72	17	85	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. Não casados - inclui idosos viúvos, solteiros e divorciados. * Resultados significativos pelo Teste Exato de Fisher.

Tabela 4.5.10 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e o estado civil

Papéis Ocupacionais		Casados (n=47) M = 4,3 ± 1,7		Não casados (n=20) M = 4,6 ± 1,6		p
		n	%	n	%	
Estudante	s	1	2	0	0	0,7015
	n	46	98	20	100	
Trabalhador	s	13	28	4	20	0,3698
	n	34	72	16	80	
Voluntário	s	10	21	6	30	0,3193
	n	37	79	14	70	
Cuidador	s	17	36	7	35	0,5781
	n	30	64	13	65	
Serviço Doméstico	s	43	91	20	100	0,2327
	n	4	9	0	0	
Amigo	s	22	47	14	70	0,0693
	n	25	53	6	30	
Membro de Família	s	37	79	14	70	0,3193
	n	10	21	6	30	
Religioso	s	9	19	5	25	0,4071
	n	38	81	15	75	
Passatempo/Amador	s	47	100	20	100	1,0000
	n	0	0	0	0	
Participante Organiz.	s	6	13	2	10	0,5539
	n	41	87	18	90	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. Não casados - inclui idosos viúvos, solteiros e divorciados.

Podemos observar na Tabela 4.5.10 que, para o grupo estudado, o estado civil não influenciou no engajamento dos papéis ocupacionais no presente, e, na Tabela 4.5.11, que o mesmo ocorreu na projeção futura.

Tabela 4.5.11 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e o estado civil

Papéis Ocupacionais		Casados (n=47) M = 4,6 ± 1,7		Não casados (n=20) M = 4,9 ± 1,3		p
		n	%	n	%	
Estudante	s	3	6	4	20	0,1118
	n	44	94	16	80	
Trabalhador	s	15	32	5	25	0,3982
	n	32	68	15	75	
Voluntário	s	11	23	6	30	0,3899
	n	36	77	14	70	
Cuidador	s	17	36	7	35	0,5781
	n	30	64	13	65	
Serviço Doméstico	s	43	91	19	95	0,5282
	n	4	9	1	5	
Amigo	s	26	55	15	75	0,1066
	n	21	45	5	25	
Membro de Família	s	38	81	16	80	0,5902
	n	9	19	4	20	
Religioso	s	11	23	5	25	0,5595
	n	36	77	15	75	
Passatempo/Amador	s	47	100	20	100	1,0000
	n	0	0	0	0	
Participante Organiz.	s	7	15	1	5	0,2411
	n	40	85	19	95	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. Não casados - inclui idosos viúvos, solteiros e divorciados.

Em relação a escolaridade, os dados expostos na Tabela 4.5.12 revelam a associação entre a maior escolaridade e o engajamento nos papéis de estudante, voluntário, amigo e participante em Organizações no tempo passado.

Tabela 4.5.12 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e a escolaridade

Papéis Ocupacionais		0 - 3 (n = 15) M = 4,1 ± 1,7		4 - 7 (n = 33) M = 5,2 ± 2,1		+ 8 (n = 19) M = 6,6 ± 1,8		p
		n	%	n	%	n	%	
Estudante	s	1	7	3	9	7	37	0,0174*
	n	14	93	30	91	12	63	
Trabalhador	s	15	100	29	88	17	89	0,3793
	n	0	0	4	12	2	11	
Voluntário	s	1	7	9	27	9	47	0,0322*
	n	14	93	24	73	10	53	
Cuidador	s	8	53	19	58	15	79	0,2147
	n	7	47	14	42	4	21	
Serviço Doméstico	s	8	53	25	76	14	74	0,2678
	n	7	47	8	24	5	26	
Amigo	s	4	27	20	61	13	68	0,0356*
	n	11	73	13	39	6	32	
Membro de Família	s	11	73	25	76	17	89	0,4144
	n	4	27	8	24	2	11	
Religioso	s	2	13	11	33	7	37	0,2740
	n	13	87	22	67	12	63	
Passatempo/Amador	s	10	67	24	73	17	89	0,2453
	n	5	33	9	27	2	11	
Participante Organiz.	s	1	7	7	21	8	42	0,0487*
	n	14	93	26	79	11	58	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. * Resultados significativos pelo Teste Exato de Fisher.

Tabela 4.5.13 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e a escolaridade

Papéis Ocupacionais		0 - 3 (n = 15) M = 3,9 ± 1,5		4 - 7 (n = 33) M = 4,4 ± 1,7		+ 8 (n = 19) M = 4,9 ± 1,6		p
		n	%	n	%	n	%	
Estudante	s	0	0	1	3	0	0	0,5928
	n	15	100	32	97	19	100	
Trabalhador	s	3	20	9	27	5	26	0,8605
	n	12	80	24	73	14	74	
Voluntário	s	2	13	10	30	4	21	0,4168
	n	13	87	23	70	15	79	
Cuidador	s	3	20	10	30	11	58	0,0474*
	n	12	80	23	70	8	42	
Serviço Doméstico	s	13	87	31	94	19	100	0,2651
	n	2	13	2	6	0	0	
Amigo	s	10	67	15	45	11	58	0,3586
	n	5	33	18	55	8	42	
Membro de Família	s	10	67	24	73	17	89	0,2453
	n	5	33	9	27	2	11	
Religioso	s	1	7	8	24	5	26	0,3014
	n	14	93	25	76	14	74	
Passatempo/Amador	s	15	100	33	100	19	100	1,0000
	n	0	0	0	0	0	0	
Participante Organiz.	s	1	7	4	12	3	16	0,7169
	n	14	93	29	88	16	84	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. * Resultados significativos pelo Teste Exato de Fisher.

Em relação ao número de papéis ocupacionais no presente (Tabela 4.5.13) e no planejamento para o futuro (Tabela 4.5.14) não observamos diferenças significativas entre o nível de escolaridade, exceto para o papel de cuidador, que aumenta conforme cresce os anos de estudo.

Tabela 4.5.14 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e a escolaridade

Papéis Ocupacionais		0 - 3 (n = 15) M = 3,9 ± 1,3		4 - 7 (n = 33) M = 4,5 ± 1,5		+ 8 (n = 19) M = 5,6 ± 1,7		p
		n	%	n	%	n	%	
Estudante	s	1	7	3	9	3	16	0,6461
	n	14	93	30	91	16	84	
Trabalhador	s	2	13	10	30	8	42	0,1901
	n	13	87	23	70	11	58	
Voluntário	s	2	13	10	30	5	26	0,4537
	n	13	87	23	70	14	74	
Cuidador	s	3	20	10	30	11	58	0,0474*
	n	12	80	23	70	8	42	
Serviço Doméstico	s	13	87	31	94	18	95	0,6140
	n	2	13	2	6	1	5	
Amigo	s	11	73	16	48	14	74	0,1095
	n	4	27	17	52	5	26	
Membro de Família	s	11	73	25	76	18	95	0,1800
	n	4	27	8	24	1	5	
Religioso	s	1	7	8	24	7	37	0,1222
	n	14	93	25	76	12	63	
Passatempo/Amador	s	15	100	33	100	19	100	1,0000
	n	0	0	0	0	0	0	
Participante Organiz.	s	1	7	4	12	3	16	0,7169
	n	14	93	29	88	16	84	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. * Resultados significativos pelo Teste Exato de Fisher.

Na comparação entre todos os papéis ocupacionais e a renda no passado, como demonstrado na Tabela 4.5.15, verificamos diferenças significativas nos papéis de estudante e participante em Organizações, sendo que os idosos com renda acima de 5 salários mínimos referiram um maior desempenho nesses dois papéis.

Tabela 4.5.15 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e a renda

Papéis Ocupacionais		Até 3 (n = 39) M = 5 ± 2,1		3 - 5 (n = 15) M = 4,5 ± 1,8		> 5 (n = 13) M = 7,3 ± 1,6		p
		n	%	n	%	n	%	
Estudante	s	4	10	2	13	5	38	0,0554*
	n	35	90	13	87	8	62	
Trabalhador	s	36	92	13	87	12	92	0,7968
	n	3	8	2	13	1	8	
Voluntário	s	9	23	3	20	7	54	0,0740
	n	30	77	12	80	6	46	
Cuidador	s	24	62	7	47	11	85	0,1142
	n	15	38	8	53	2	15	
Serviço Doméstico	s	27	69	9	60	11	85	0,3583
	n	73	31	6	40	2	15	
Amigo	s	20	51	8	53	9	69	0,5225
	n	19	49	7	47	4	31	
Membro de Família	s	30	77	11	73	12	92	0,4095
	n	9	23	4	27	1	8	
Religioso	s	10	26	3	20	7	54	0,1003
	n	29	74	12	80	6	46	
Passatempo / Amador	s	28	72	10	67	13	100	0,0736
	n	11	28	5	33	0	0	
Participante Organiz.	s	7	18	1	7	8	62	0,0013*
	n	32	82	14	93	5	38	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. * Resultados significativos pelo Teste Exato de Fisher.

Tabela 4.5.16 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e a renda

Papéis Ocupacionais		Até 3 (n = 39) M = 4,1 ± 1,5		3 - 5 (n = 15) M = 4,3 ± 1,5		> 5 (n = 13) M = 5,6 ± 1,8		p
		n	%	n	%	n	%	
Estudante	s	1	3	0	0	0	0	0,6946
	n	38	97	15	100	13	100	
Trabalhador	s	6	15	7	47	4	31	0,0538
	n	33	85	8	53	9	69	
Voluntário	s	6	15	3	20	7	54	0,0175*
	n	33	85	12	80	6	46	
Cuidador	s	11	28	4	27	9	69	0,0198*
	n	28	72	11	73	4	31	
Serviço Doméstico	s	37	95	13	87	13	100	0,3130
	n	2	5	2	13	0	0	
Amigo	s	22	56	8	53	6	46	0,8131
	n	17	44	7	47	7	54	
Membro de Família	s	26	67	12	80	13	100	0,0469*
	n	13	33	3	20	0	0	
Religioso	s	5	13	3	20	6	46	0,0376*
	n	34	87	12	80	7	54	
Passatempo / Amador	s	39	100	15	100	13	100	1,0000
	n	0	0	0	0	0	0	
Participante Organiz.	s	6	15	0	0	2	15	0,2697
	n	33	85	15	100	11	85	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. * Resultados significativos pelo Teste Exato de Fisher.

No presente as diferenças significativas envolvem os papéis de voluntário, cuidador, membro de família e religioso, conforme apresentado na Tabela 4.5.16. No futuro esses mesmos papéis ocupacionais estão associados com a maior renda (Tabela 4.5.17).

Tabela 4.5.17 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e a renda

Papéis Ocupacionais		Até 3 (n = 39) M = 4,3 ± 1,4		3 - 5 (n = 15) M = 4,7 ± 1,5		> 5 (n = 13) M = 5,8 ± 1,7		p
		n	%	n	%	n	%	
Estudante	s	4	10	1	7	2	15	0,7522
	n	35	90	14	93	11	85	
Trabalhador	s	9	23	7	47	4	31	0,2363
	n	30	77	8	53	9	69	
Voluntário	s	6	15	4	27	7	54	0,0220*
	n	33	85	11	73	6	46	
Cuidador	s	12	31	3	20	9	69	0,0152*
	n	27	69	12	80	4	31	
Serviço Doméstico	s	37	95	13	87	12	92	0,5894
	n	2	5	2	13	1	8	
Amigo	s	24	62	9	60	8	62	0,9942
	n	15	38	6	40	5	38	
Membro de Família	s	27	69	14	93	13	100	0,0192*
	n	12	31	1	7	0	0	
Religioso	s	6	15	3	20	7	54	0,0175*
	n	33	85	12	80	6	46	
Passatempo/Amador	s	39	100	15	100	13	100	1,0000
	n	0	0	0	0	0	0	
Participante Organiz.	s	6	15	1	7	1	8	0,5886
	n	33	85	14	93	12	92	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. * Resultados significativos pelo Teste Exato de Fisher.

Tabela 4.5.18 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e a situação ocupacional

Papéis Ocupacionais		Ativo (n = 17) M = 5,9 ± 2,2		Inativo (n = 50) M = 5,1 ± 2,1		p
		n	%	N	%	
Estudante	s	2	12	9	18	0,4301
	n	15	88	41	82	
Trabalhador	s	17	100	44	88	0,1592
	n	0	0	6	12	
Voluntário	s	8	47	11	22	0,0503
	n	9	53	39	28	
Cuidador	s	11	65	31	62	0,5410
	n	6	35	19	38	
Serviço Doméstico	s	12	71	35	70	0,6101
	n	5	29	15	30	
Amigo	s	12	71	25	50	0,1159
	n	5	29	25	50	
Membro de Família	s	15	88	38	76	0,2399
	n	2	12	12	24	
Religioso	s	6	35	14	28	0,3899
	n	11	65	36	72	
Passatempo / Amador	s	13	76	38	76	0,6238
	n	4	24	12	24	
Participante em Organizações	s	3	18	13	26	0,3667
	n	14	82	37	74	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética.

Podemos verificar, na análise do p-valor, que não existem diferenças significativas entre o desempenho dos papéis ocupacionais e a situação ocupacional no passado (Tabela 4.5.18).

Tabela 4.5.19 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e a situação ocupacional

Papéis Ocupacionais		Ativo (n = 17) M = 5,4 ± 1,8		Inativo (n = 50) M = 4,1 ± 1,4		p
		n	%	N	%	
Estudante	s	0	0	1	2	0,7463
	n	17	100	49	98	
Trabalhador	s	17	100	0	0	0,0000*
	n	0	0	50	100	
Voluntário	s	5	29	11	22	0,3762
	n	12	71	39	78	
Cuidador	s	8	47	16	32	0,2034
	n	9	53	34	68	
Serviço Doméstico	s	15	88	48	96	0,2648
	n	2	12	2	4	
Amigo	s	8	47	28	56	0,3597
	n	9	53	22	44	
Membro de Família	s	14	82	37	74	0,3667
	n	3	18	13	26	
Religioso	s	7	41	7	14	0,0244*
	n	10	59	43	86	
Passatempo / Amador	s	17	100	50	100	1,000
	n	0	0	0	0	
Participante em Organizações	s	1	6	7	14	0,3427
	n	16	94	43	86	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. * Resultados significativos pelo Teste Exato de Fisher.

No presente (Tabela 4.5.19) o único papel que esteve associado com a situação ocupacional foi o religioso. No futuro (Tabela 4.5.20), além do religioso, o papel de trabalhador também foi maior para os idosos ativos.

Tabela 4.5.20 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e a situação ocupacional

Papéis Ocupacionais		Ativo (n = 17) M = 5,6 ± 1,5		Inativo (n = 50) M = 4,4 ± 1,5		p
		n	%	N	%	
Estudante	s	1	6	6	12	0,4255
	n	16	94	44	88	
Trabalhador	s	15	88	5	10	0,0000*
	n	2	12	45	90	
Voluntário	s	5	29	12	24	0,4418
	n	12	71	38	76	
Cuidador	s	8	47	16	32	0,2034
	n	9	53	34	68	
Serviço Doméstico	s	15	88	47	94	0,3752
	n	2	12	3	6	
Amigo	s	10	59	31	62	0,5179
	n	7	41	19	38	
Membro de Família	s	16	94	38	76	0,0953
	n	1	6	12	24	
Religioso	s	8	47	8	16	0,0141*
	n	9	53	42	84	
Passatempo / Amador	s	17	100	50	100	1,000
	n	0	0	0	0	
Participante em Organizações	s	1	6	7	14	0,3427
	n	16	94	43	86	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. * Resultados significativos pelo Teste Exato de Fisher.

Na análise do p-valor, quando comparado todos os papéis ocupacionais com o arranjo familiar, nota-se a associação do papel de estudante e voluntário no tempo passado (Tabela 4.5.21). Ambos foram mais realizados pelos idosos que moram sozinhos.

Tabela 4.5.21 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e o arranjo familiar

Papéis Ocupacionais		Mora sozinho (n = 8) M = 6,8 ± 1,8		Mora acompanhado (n = 59) M = 5,1 ± 2,1		P
		n	%	n	%	
		Estudante	s	4	50	
	n	4	50	52	88	
Trabalhador	s	8	100	53	90	0,4515
	n	0	0	6	10	
Voluntário	s	6	75	13	22	0,0051*
	n	2	25	46	78	
Cuidador	s	7	88	35	59	0,1215
	n	1	12	24	41	
Serviço Doméstico	s	6	75	41	69	0,5539
	n	2	25	18	31	
Amigo	s	6	75	31	53	0,2083
	n	2	25	28	47	
Membro de Família	s	6	75	47	80	0,5332
	n	2	25	12	20	
Religioso	s	3	38	17	29	0,4461
	n	5	62	42	61	
Passatempo / Amador	s	7	88	44	75	0,3816
	n	1	12	15	25	
Participante em Organizações	s	2	25	14	24	0,6184
	n	6	75	45	76	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. * Resultados significativos pelo Teste Exato de Fisher.

Tabela 4.5.22 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e o arranjo familiar

Papéis Ocupacionais		Mora sozinho (n = 8) M = 4,1 ± 1,5		Mora acompanhado (n = 59) M = 4,5 ± 1,7		p
		n	%	n	%	
		Estudante	s	0	0	
	n	8	100	58	98	
Trabalhador	s	1	13	16	27	0,3427
	n	7	87	43	73	
Voluntário	s	4	50	12	20	0,0853
	n	4	50	47	80	
Cuidador	s	1	13	23	39	0,1408
	n	7	87	36	61	
Serviço Doméstico	s	8	100	55	93	0,5938
	n	0	0	4	7	
Amigo	s	5	63	31	53	0,4430
	n	3	37	28	47	
Membro de Família	s	4	50	47	80	0,0853
	n	4	50	12	20	
Religioso	s	2	25	12	20	0,5332
	n	6	75	47	80	
Passatempo / Amador	s	8	100	59	100	1,0000
	n	0	0	0	0	
Participante em Organizações	s	1	13	7	12	0,6600
	n	7	87	52	88	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética.

No presente (Tabela 4.5.22) e futuro (Tabela 4.5.23) nota-se a inexistência de diferenças significativas entre o desempenho dos papéis e o arranjo familiar dos idosos.

Tabela 4.5.23 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e o arranjo familiar

Papéis Ocupacionais		Mora sozinho (n = 8) M = 4,6 ± 1,3		Mora acompanhado (n = 59) M = 4,7 ± 1,7		p
		n	%	n	%	
Estudante	s	1	13	6	10	0,6077
	n	7	87	53	90	
Trabalhador	s	1	13	19	32	0,2411
	n	7	87	40	68	
Voluntário	s	4	50	13	22	0,1051
	n	4	50	46	78	
Cuidador	s	2	25	22	37	0,3988
	n	6	75	37	63	
Serviço Doméstico	s	8	100	54	92	0,5184
	n	0	0	5	8	
Amigo	s	6	75	35	59	0,3283
	n	2	25	24	41	
Membro de Família	s	5	63	49	83	0,1786
	n	3	37	10	17	
Religioso	s	2	25	14	24	0,6184
	n	6	75	45	76	
Passatempo / Amador	s	8	100	59	100	1,0000
	n	0	0	0	0	
Participante em Organizações	s	1	13	7	12	0,6600
	n	7	87	52	88	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética.

Em relação a sintomas de depressão, como demonstram as Tabelas 4.5.24, 4.5.25 e 4.5.26, não existe estatisticamente diferenças entre os 2 grupos, quando comparado cada papel ocupacional no passado, presente e futuro.

Tabela 4.5.24 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e sintomatologia depressiva

Papéis Ocupacionais		Sem sintomatologia depressiva (n = 60) M = 5,4 ± 2,2		Com sintomatologia depressiva (n = 7) M = 5 ± 1,3		p
		n	%	n	%	
Estudante	s	10	17	1	14	0,6774
	n	50	83	6	86	
Trabalhador	s	54	90	7	100	0,5017
	n	6	10	0	0	
Voluntário	s	18	30	1	14	0,3528
	n	42	70	6	86	
Cuidador	s	39	65	3	43	0,2287
	n	21	35	4	57	
Serviço Doméstico	s	42	70	5	71	0,6544
	n	18	30	2	29	
Amigo	s	32	53	5	71	0,3101
	n	28	47	2	29	
Membro de Família	s	49	82	4	57	0,1529
	n	11	18	3	43	
Religioso	s	18	30	2	29	0,6544
	n	42	70	5	71	
Passatempo / Amador	s	45	75	6	86	0,4645
	n	15	25	1	14	
Participante em Organizações	s	15	25	1	14	0,4645
	n	45	75	6	86	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética.

Tabela 4.5.25 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e sintomatologia depressiva

Papéis Ocupacionais		Sem sintomatologia depressiva (n = 60) M = 4,5 ± 1,7		Com sintomatologia depressiva (n = 7) M = 3,9 ± 1,3		p
		n	%	n	%	
Estudante	s	1	2	0	0	0,8955
	n	59	98	7	100	
Trabalhador	s	15	25	2	29	0,5745
	n	45	75	5	71	
Voluntário	s	16	27	0	0	0,1331
	n	44	73	7	100	
Cuidador	s	21	35	3	43	0,4892
	n	39	65	4	57	
Serviço Doméstico	s	56	93	7	100	0,6362
	n	4	7	0	0	
Amigo	s	33	55	3	43	0,4149
	n	27	45	4	57	
Membro de Família	s	47	78	4	57	0,2114
	n	13	22	3	43	
Religioso	s	13	22	1	14	0,5468
	n	47	78	6	86	
Passatempo / Amador	s	60	100	7	100	1,0000
	n	0	0	0	0	
Participante em Organizações	s	8	13	0	0	0,3923
	n	52	87	7	100	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética.

Tabela 4.5.26 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e sintomatologia depressiva

Papéis Ocupacionais		Sem sintomatologia depressiva (n = 60) M = 4,7 ± 1,6		Com sintomatologia depressiva (n = 7) M = 4,6 ± 1,7		P
		n	%	n	%	
Estudante	s	7	12	0	0	0,4441
	n	53	88	7	100	
Trabalhador	s	16	27	4	57	0,1118
	n	44	73	3	43	
Voluntário	s	16	27	1	14	0,4255
	n	44	73	6	86	
Cuidador	s	22	37	2	29	0,5108
	n	38	63	5	71	
Serviço Doméstico	s	55	92	7	100	0,5655
	n	5	8	0	0	
Amigo	s	36	60	5	71	0,4403
	n	24	40	2	9	
Membro de Família	s	50	83	4	57	0,1266
	n	10	17	3	43	
Religioso	s	15	25	1	14	0,4645
	n	45	75	6	86	
Passatempo / Amador	s	60	100	7	100	1,0000
	n	0	0	0	0	
Participante em Organizações	s	7	12	1	14	0,6077
	n	53	88	6	86	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética.

Na análise na variável presença de doenças no tempo presente, verificamos diferença significativa somente para o papel de estudante. Os números apontam que os idosos que referem doenças estudaram mais no passado (Tabela 4.5.27).

Tabela 4.5.27 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e presença de doenças

Papéis Ocupacionais		Não refere doenças (n = 27) M = 4,9 ± 2,1		Refere doenças (n = 40) M = 5,6 ± 2,1		P
		n	%	n	%	
		Estudante	s	1	4	
	n	26	96	30	75	
Trabalhador	s	24	89	37	93	0,4621
	n	3	11	3	7	
Voluntário	s	7	26	12	30	0,4687
	n	20	74	28	70	
Cuidador	s	14	52	28	70	0,1060
	n	13	48	12	30	
Serviço Doméstico	s	19	70	28	70	0,5971
	n	8	30	12	30	
Amigo	s	13	48	24	60	0,2399
	n	14	52	16	40	
Membro de Família	s	21	78	32	80	0,5297
	n	6	22	8	20	
Religioso	s	10	37	10	25	0,2159
	n	17	63	30	75	
Passatempo/Amador	s	19	70	32	80	0,2677
	n	8	30	8	20	
Participante em Organizações	s	5	19	10	25	0,3766
	n	22	81	30	75	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. * Resultados significativos pelo Teste Exato de Fisher.

Como demonstra as Tabelas 4.5.28 e 4.5.29 não foi possível constatar diferenças significativas entre desempenho de papéis e presença de doenças nos tempos presente e futuro, respectivamente.

Tabela 4.5.28 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e presença de doenças

Papéis Ocupacionais		Não refere doenças (n = 27) M = 4,4 ± 1,7		Refere doenças (n = 40) M = 4,4 ± 1,6		P																																																																																																																				
		n	%	n	%																																																																																																																					
		Estudante	s	0	0		1	3	0,5970																																																																																																																	
	n	27	100	39	97	Trabalhador	s	8		30	9	23	0,3525		n	19	70	31	77	Voluntário	s	6	22	10	25	0,5162		n	21	78	30	75	Cuidador	s	10	37	14	35	0,5335		n	17	63	26	65	Serviço Doméstico	s	25	93	38	95	0,5327		n	2	7	2	5	Amigo	s	15	56	21	53	0,5020		n	12	44	19	47	Membro de Família	s	20	74	31	78	0,4838		n	7	26	9	22	Religioso	s	7	26	7	18	0,2971		n	20	74	33	82	Passatempo / Amador	s	27	100	40	100	1,0000		n	0	0	0	0	Participante em Organizações	s	2	7	5	13	0,4062		n	25	93	35
Trabalhador	s	8	30	9	23	0,3525																																																																																																																				
	n	19	70	31	77		Voluntário	s	6	22	10	25	0,5162		n	21	78	30	75	Cuidador	s	10	37	14	35	0,5335		n	17	63	26	65	Serviço Doméstico	s	25	93	38	95	0,5327		n	2	7	2	5	Amigo	s	15	56	21	53	0,5020		n	12	44	19	47	Membro de Família	s	20	74	31	78	0,4838		n	7	26	9	22	Religioso	s	7	26	7	18	0,2971		n	20	74	33	82	Passatempo / Amador	s	27	100	40	100	1,0000		n	0	0	0	0	Participante em Organizações	s	2	7	5	13	0,4062		n	25	93	35	87												
Voluntário	s	6	22	10	25	0,5162																																																																																																																				
	n	21	78	30	75		Cuidador	s	10	37	14	35	0,5335		n	17	63	26	65	Serviço Doméstico	s	25	93	38	95	0,5327		n	2	7	2	5	Amigo	s	15	56	21	53	0,5020		n	12	44	19	47	Membro de Família	s	20	74	31	78	0,4838		n	7	26	9	22	Religioso	s	7	26	7	18	0,2971		n	20	74	33	82	Passatempo / Amador	s	27	100	40	100	1,0000		n	0	0	0	0	Participante em Organizações	s	2	7	5	13	0,4062		n	25	93	35	87																									
Cuidador	s	10	37	14	35	0,5335																																																																																																																				
	n	17	63	26	65		Serviço Doméstico	s	25	93	38	95	0,5327		n	2	7	2	5	Amigo	s	15	56	21	53	0,5020		n	12	44	19	47	Membro de Família	s	20	74	31	78	0,4838		n	7	26	9	22	Religioso	s	7	26	7	18	0,2971		n	20	74	33	82	Passatempo / Amador	s	27	100	40	100	1,0000		n	0	0	0	0	Participante em Organizações	s	2	7	5	13	0,4062		n	25	93	35	87																																						
Serviço Doméstico	s	25	93	38	95	0,5327																																																																																																																				
	n	2	7	2	5		Amigo	s	15	56	21	53	0,5020		n	12	44	19	47	Membro de Família	s	20	74	31	78	0,4838		n	7	26	9	22	Religioso	s	7	26	7	18	0,2971		n	20	74	33	82	Passatempo / Amador	s	27	100	40	100	1,0000		n	0	0	0	0	Participante em Organizações	s	2	7	5	13	0,4062		n	25	93	35	87																																																			
Amigo	s	15	56	21	53	0,5020																																																																																																																				
	n	12	44	19	47		Membro de Família	s	20	74	31	78	0,4838		n	7	26	9	22	Religioso	s	7	26	7	18	0,2971		n	20	74	33	82	Passatempo / Amador	s	27	100	40	100	1,0000		n	0	0	0	0	Participante em Organizações	s	2	7	5	13	0,4062		n	25	93	35	87																																																																
Membro de Família	s	20	74	31	78	0,4838																																																																																																																				
	n	7	26	9	22		Religioso	s	7	26	7	18	0,2971		n	20	74	33	82	Passatempo / Amador	s	27	100	40	100	1,0000		n	0	0	0	0	Participante em Organizações	s	2	7	5	13	0,4062		n	25	93	35	87																																																																													
Religioso	s	7	26	7	18	0,2971																																																																																																																				
	n	20	74	33	82		Passatempo / Amador	s	27	100	40	100	1,0000		n	0	0	0	0	Participante em Organizações	s	2	7	5	13	0,4062		n	25	93	35	87																																																																																										
Passatempo / Amador	s	27	100	40	100	1,0000																																																																																																																				
	n	0	0	0	0		Participante em Organizações	s	2	7	5	13	0,4062		n	25	93	35	87																																																																																																							
Participante em Organizações	s	2	7	5	13	0,4062																																																																																																																				
	n	25	93	35	87																																																																																																																					

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética.

Tabela 4.5.29 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e presença de doenças

Papéis Ocupacionais		Não refere doenças (n = 27) M = 4,6 ± 1,7		Refere doenças (n = 40) M = 4,8 ± 1,6		P
		n	%	n	%	
Estudante	s	1	4	6	15	0,1406
	n	26	96	34	85	
Trabalhador	s	8	30	12	30	0,5971
	n	19	70	28	70	
Voluntário	s	6	22	11	28	0,4243
	n	21	78	29	72	
Cuidador	s	10	37	14	35	0,5335
	n	17	63	26	65	
Serviço Doméstico	s	25	93	37	93	0,6827
	n	2	7	3	7	
Amigo	s	16	59	25	63	0,4939
	n	11	41	15	37	
Membro de Família	s	21	78	33	83	0,4300
	n	6	22	7	17	
Religioso	s	7	26	9	23	0,4838
	n	20	74	31	77	
Passatempo / Amador	s	27	100	40	100	1,0000
	n	0	0	0	0	
Participante em Organizações	s	2	70	5	13	0,4062
	n	25	30	35	87	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética.

No que se refere a prática de atividade física no passado, a Tabela 4.5.30 não revela diferenças expressivas no engajamento dos papéis com as variáveis estudadas.

Tabela 4.5.30 - Comparação entre os papéis ocupacionais no passado e atividade física

Papéis Ocupacionais		Pratica atividade física (n = 37) M = 5,5 ± 2,0		Não pratica atividade física (n = 30) M = 5,1 ± 2,3		p
		n	%	n	%	
Estudante	s	5	14	6	20	0,3498
	n	32	86	24	80	
Trabalhador	s	34	92	27	90	0,5578
	n	3	8	3	10	
Voluntário	s	11	30	8	27	0,5001
	n	26	70	22	73	
Cuidador	s	24	65	18	60	0,4375
	n	13	35	12	40	
Serviço Doméstico	s	28	76	19	63	0,2033
	n	9	24	11	37	
Amigo	s	22	59	15	50	0,2990
	n	15	41	15	50	
Membro de Família	s	31	84	22	73	0,2280
	n	6	16	8	27	
Religioso	s	10	27	10	33	0,3839
	n	27	73	20	77	
Passatempo / Amador	s	29	78	22	73	0,4215
	n	8	22	8	27	
Participante em Organizações	s	11	30	4	13	0,0946
	n	26	70	26	87	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética.

Na análise do tempo presente, verificamos que os papéis de trabalhador e religioso estão associados com a não realização de atividade física (Tabela 4.5.31).

Tabela 4.5.31 - Comparação entre os papéis ocupacionais no presente e atividade física

Papéis Ocupacionais		Prática atividade física (n = 37) M = 4,4 ± 1,4		Não pratica atividade física (n = 30) M = 4,4 ± 1,9		p
		n	%	n	%	
Estudante	s	1	3	0	0	0,5522
	n	36	97	30	100	
Trabalhador	s	5	14	12	40	0,0139*
	n	32	86	18	60	
Voluntário	s	8	22	8	27	0,4215
	n	29	78	22	73	
Cuidador	s	14	38	10	33	0,4509
	n	23	62	20	67	
Serviço Doméstico	s	35	95	28	93	0,6097
	n	2	5	2	7	
Amigo	s	23	62	13	43	0,0983
	n	14	38	17	57	
Membro de Família	s	30	81	21	70	0,2204
	n	7	19	9	30	
Religioso	s	4	11	10	33	0,0252*
	n	33	89	20	67	
Passatempo/Amador	s	37	100	30	100	1,0000
	n	0	0	0	0	
Participante em Organizações	s	6	16	1	3	0,0920
	n	31	84	29	97	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. * Resultados significativos pelo Teste Exato de Fisher.

No futuro, o papel de trabalhador está associado com a não realização de atividade física, enquanto que o maior engajamento no papel de amigo tem relação com a prática de atividade física (Tabela 4.5.32).

Tabela 4.5.32 - Comparação entre os papéis ocupacionais no futuro e atividade física

Papéis Ocupacionais		Pratica atividade física (n = 37) M = 4,8 ± 1,5		Não pratica atividade física (n = 30) M = 4,6 ± 1,7		p
		n	%	n	%	
Estudante	s	4	11	3	10	0,6184
	n	33	89	27	90	
Trabalhador	s	7	19	13	43	0,0285*
	n	30	81	17	57	
Voluntário	s	8	22	9	30	0,3072
	n	29	78	21	70	
Cuidador	s	15	41	9	30	0,2623
	n	22	59	21	70	
Serviço Doméstico	s	35	95	27	90	0,3997
	n	2	5	3	10	
Amigo	s	27	73	14	47	0,0257*
	n	10	27	16	53	
Membro de Família	s	32	86	22	73	0,1486
	n	5	14	8	27	
Religioso	s	6	16	10	33	0,0893
	n	31	84	20	67	
Passatempo / Amador	s	37	100	30	100	1,000
	n	0	0	0	0	
Participante em Organizações	s	6	16	1	3	0,0920
	n	31	84	29	97	

Fonte: Do autor, 2012.

s – sim. n – não. M – Média aritmética. * Resultados significativos pelo Teste Exato de Fisher.

A Tabela 4.5.33 apresenta o resumo das variáveis que possuem fatores associados aos papéis ocupacionais no passado, presente e futuro.

Tabela 4.5.33 - Fatores associados com os papéis ocupacionais ao longo do tempo

VARIÁVEIS	ESQUEMA DE TEMPO		
	Passado	Presente	Futuro
Gênero	x	x	
Idade		x	
Estado civil	x		
Escolaridade	x	x	x
Renda	x	x	x
Situação ocupacional		x	x
Arranjo familiar	x		
Sintomatologia depressiva			
Presença de doenças	x		
Prática de atividade física		x	x

Fonte: Do autor, 2012.

Os valores de $p \leq 0,5$ resultantes da comparação entre os grupos estudados de cada variável estão sintetizados nas Tabelas 4.5.34, 4.5.35 e 4.5.36.

Tabela 4.5.34 – Papéis ocupacionais associados aos grupos estudados de cada variável no tempo passado

VARIÁVEIS	PAPÉIS OCUPACIONAIS	GRUPOS	p
Gênero*	Trabalhador	Homem	0,0135
	Cuidador	Mulher	0,0168
	Serviço doméstico	Mulher	0,0000
	Membro de família	Mulher	0,0141
Estado civil*	Estudante	Não casados	0,0125
	Voluntário	Não casados	0,0490
	Amigo	Não casados	0,0304
Escolaridade**	Estudante	+ 8 anos de estudo	0,0174
	Voluntário	+ 8 anos de estudo	0,0322
	Amigo	+ 8 anos de estudo	0,0356
	Participante em organizações	+ 8 anos de estudo	0,0487
Renda**	Estudante	> 5 salários mínimos	0,0554
	Participante em organizações	> 5 salários mínimos	0,0013
Arranjo familiar*	Estudante	Mora sozinho	0,0207
	Voluntário	Mora sozinho	0,0051
Presença de doenças*	Estudante	Refere doenças	0,0196

Fonte: Do autor, 2012.

* Teste Exato de Fisher. **Teste do Qui-quadrado.

Tabela 4.5.35 - Papéis ocupacionais associados aos grupos estudados de cada variável no tempo presente

VARIÁVEL	PAPÉIS OCUPACIONAIS	GRUPOS	p
Gênero*	Trabalhador	Homem	0,0388
Idade**	Membro de família	70-74 anos	0,0179
Escolaridade**	Cuidador	+ 8 anos de estudo	0,0474
Renda**	Voluntário	> 5 salários mínimos	0,0175
	Cuidador	> 5 salários mínimos	0,0198
	Membro de família	> 5 salários mínimos	0,0469
	Religioso	> 5 salários mínimos	0,0376
Situação Ocupacional*	Religioso	Ativo	0,0244
Prática de atividade física*	Trabalhador	Não pratica	0,0139
	Religioso	Não pratica	0,0252

Fonte: Do autor, 2012.

* Teste Exato de Fisher. **Teste do Qui-quadrado.

Tabela 4.5.36 - Papéis ocupacionais associados aos grupos estudados de cada variável no tempo futuro

VARIÁVEL	PAPÉIS OCUPACIONAIS	GRUPOS	p
Escolaridade**	Cuidador	+ 8 anos de estudo	0,0474
Renda**	Voluntário	> 5 salários mínimos	0,0220
	Cuidador	> 5 salários mínimos	0,0152
	Membro de família	> 5 salários mínimos	0,0192
	Religioso	> 5 salários mínimos	0,0175
Situação Ocupacional*	Trabalhador	Ativo	0,0000
	Religioso	Ativo	0,0141
Prática de atividade física*	Trabalhador	Não pratica	0,0285
	Amigo	Pratica	0,0257

Fonte: Do autor, 2012.

* Teste Exato de Fisher. **Teste do Qui-quadrado.

4.6 Qualidade de vida

A Tabela 4.6.1 apresenta os escores de qualidade de vida mensurados pelos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

Tabela 4.6.1- Valores dos escores de qualidade de vida (n = 67)

	Média	DP	Máxima	Mínima	Mediana
WHOQOL-BREF					
Global	79,9	14,1	100	50	75
Físico	77,8	13,8	100	50	82,1
Psicológico	79,1	13	100	37,5	79,2
Relações sociais	77,9	15,4	100	33,3	75
Meio ambiente	73,2	12,1	96,9	46,9	75
WHOQOL-OLD					
Funcionamento dos sentidos	81,5	15,9	100	31,3	87,5
Autonomia	76	16	100	25	75
Atividades passadas, presentes e futuras	75,2	17,3	100	18,8	75
Participação social	75,5	14,4	100	37,5	75
Morte e morrer	68,5	25,4	100	12,5	75
Intimidade	78,8	20,6	100	12,5	81,3
Geral Old	75,9	12,2	98	43,8	74

Fonte: Do autor, 2012.

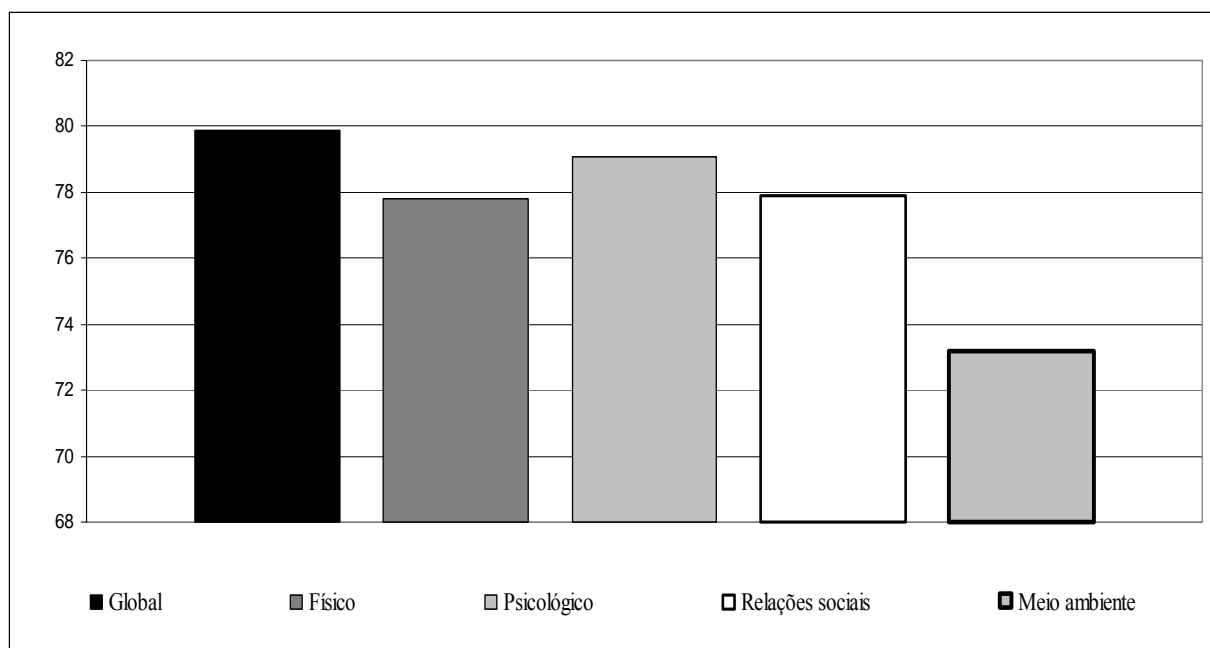
DP – Desvio Padrão.

Em relação ao WHOQOL-BREF, a avaliação Global de qualidade de vida apresentou a maior média (79,9). O domínio com maior pontuação foi o Psicológico (79,1), enquanto que o domínio Meio Ambiente obteve a menor pontuação (73,2).

O domínio Relações Sociais, apresentou grande variação entre as pontuações máxima (100) e mínima (37,5) e os domínios Físico (82,1) e Psicológico (79,2) tiveram os valores mais altos na mediana.

As médias da avaliação global e dos domínios do WHOQOL-BREF estão representadas no gráfico abaixo.

Gráfico 4.6.1 - Escore médio do WHOQOL-BREF (n = 67)

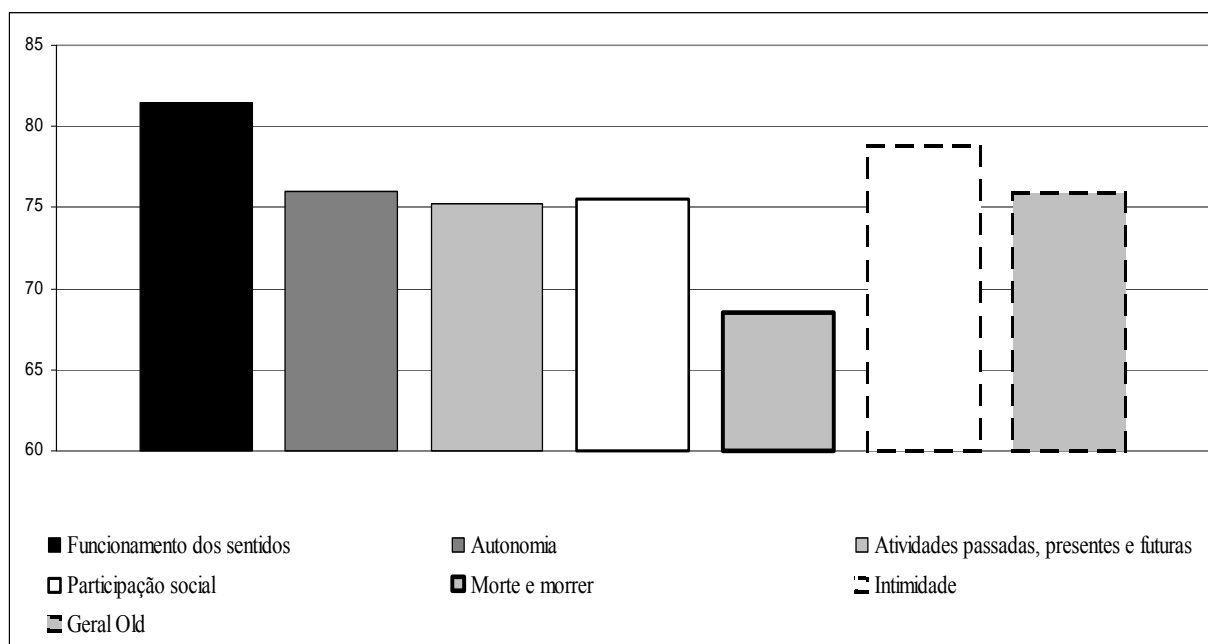


Fonte: Do autor, 2012.

O maior escore médio do WHOQOL-OLD foi alcançado pela faceta Funcionamento dos Sentidos (81,5). Esse domínio também apresentou a maior mediana (87,5).

A faceta Morte e morrer apresentou a menor média (68,5), o maior desvio padrão (25,4) e, junto com o domínio Intimidade, a maior diferença entre as pontuações máxima (100) e mínima (12,5).

As médias da avaliação geral e das facetadas do WHOQOL-OLD estão graficamente demonstradas a seguir.

Gráfico 4.6.2 - Escore médio do WHOQOL-OLD (n = 67)

Fonte: Do autor, 2012.

4.7 Qualidade de vida e dados demográficos, socioeconômicos e de saúde

As Tabelas 4.7.1 e 4.7.2 apresentam os escores das avaliações de qualidade de vida associados com as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde.

Tabela 4.7.1 - Escores médio do WHOQOL-BREF associado com as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde (n = 67)

VARIÁVEIS	DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF				
	Global	FIS	PSI	SOC	AMB
GÊNERO					
Homem (n = 33)	81,8	78,8	80,7	76,0	72,9
Mulher (n = 34)	77,9	76,8	77,6	79,7	73,4
IDADE (anos)					
70 – 74 (n = 37)	79,1	78,8	80,1	76,6	73,9
75 – 79 (n = 19)	77,6	77,1	76,5	77,6	71,5
80 – 84 (n = 11)	86,4	75,6	80,3	82,6	73,6
ESTADO CIVIL					
Casados (n = 47)	78,4	77,3	77,9	76,4	72,7
Não casados (n = 20)	83,1	78,9	81,9	81,6	74,4
ESCOLARIDADE (anos)					
0 – 3 (n = 15)	78,3	75,2	78,3	76,7	70,8**
4 – 7 (n = 33)	80,7	79,3	78,3	78,5	71,2**
+ 8 (n = 19)	79,6	77,1	81,1	77,6	78,5**
RENDA					
Até 3 (n = 39)	77,6	76,4	77,2	75,0	70,1**
3 – 5 (n = 15)	82,5	81,0	80,8	82,8	73,3**
> 5 (n = 13)	83,7	78,3	82,7	80,8	82,2**
SITUAÇÃO OCUPACIONAL					
Ativo (n = 17)	86,0*	80,5	80,6	79,9	73,2
Inativo (n = 50)	77,8*	76,9	78,6	77,1	73,2
ARRANJO FAMILIAR					
Mora sozinho (n = 8)	82,8	82,6	83,3	80,2	73,4
Mora acompanhado (n = 59)	79,4	77,1	78,5	77,5	73,1
EDG - 15					
Sem sintomatologia depressiva (n = 60)	81,9*	80,1*	81,3*	80,0*	75,3*
Com sintomatologia depressiva (n = 7)	62,5*	58,2*	60,1*	59,5*	55,4*
PRESENÇA DE DOENÇAS					
Não refere (n = 27)	80,1	77,2	80,7	76,9	72,5
Refere (n = 40)	79,7	78,1	78,0	78,5	73,7
ATIVIDADE FÍSICA					
Prática (n = 37)	81,8	79,6	81,1	79,7	74,5
Não prática (n = 30)	77,5	75,5	76,7	75,6	71,6

Fonte: Do autor, 2012.

Global - avaliação Global. FIS - Físico. PSI - Psicológico. SOC - Relações sociais. AMB - Meio ambiente.

* $p \leq 0,05$ de acordo com o Teste T. ** $p \leq 0,05$ de acordo com One-Way - ANOVA.

Tabela 4.7.2 - Escores médio do WHOQOL-OLD associado com as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde (n = 67)

VARIÁVEIS	DOMÍNIOS DO WHOQOL-OLD						
	SAB	AUT	PPF	SOP	DAD	INT	Geral OLD
GÊNERO							
Homem (n = 33)	78,2	79,0	76,5	75,0	70,6	80,7	76,7
Mulher (n = 34)	84,7	73,2	73,9	75,9	66,4	77,0	75,2
IDADE (anos)							
70 – 74 (n = 37)	82,6	76,2	74,5	76,5	66,7	81,1	76,3
75 – 79 (n = 19)	78,6	73,7	73,4	73,0	65,8	75,0	73,3
80 – 84 (n = 11)	83,0	79,5	80,7	76,1	79,0	77,8	79,4
ESTADO CIVIL							
Casados (n = 47)	79,1*	73,9	75,1	73,8	65,3	80,7	74,7
Não casados (n = 20)	87,2*	80,9	75,3	79,4	75,9	74,4	78,9
ESCOLARIDADE (anos)							
0 – 3 (n = 15)	76,7	76,3	77,5	77,5	72,1	78,8	76,5
4 – 7 (n = 33)	80,9	74,8	75,2	75,4	66,3	78,8	75,2
+ 8 (n = 19)	86,5	78,0	73,4	74,0	69,4	78,9	76,7
RENDA							
Até 3 (n = 39)	81,6	73,1	72,8	74,0	69,7**	74,7	74,3
3 – 5 (n = 15)	80,0	78,3	77,9	76,7	58,3**	85,4	76,1
> 5 (n = 13)	83,2	82,2	79,3	78,4	76,4**	83,7	80,6
SITUAÇÃO OCUPACIONAL							
Ativo (n = 17)	83,8	76,1	75,0	76,5	65,4	80,5	76,2
Inativo (n = 50)	80,8	76	75,3	75,1	69,5	78,3	75,8
ARRANJO FAMILIAR							
Mora sozinho (n = 8)	89,9	88,3*	77,3	82,0	82,0	71,1	81,8
Mora acompanhado (n = 59)	80,4	74,4*	74,9	74,6	66,6	79,9	75,1
EDG - 15							
Sem sintomatologia depressiva (n = 7)	82,6	78,8*	78,9*	77,9*	69,7	80,8*	78,1*
Com sintomatologia depressiva (n = 7)	72,3	52,7*	43,8*	54,5*	58,0	61,6*	57,2*
PRESENÇA DE DOENCAS							
Não refere (n = 27)	85,0	77,1	74,8	75,5	75,0	78,7	77,7
Refere (n = 40)	79,2	75,3	75,5	75,5	64,1	78,9	74,8
ATIVIDADE FÍSICA							
Pratica (n = 37)	82,4	78,4	78,5	77,2	68,2	79,7	77,4
Não pratica (n = 30)	80,4	73,1	71,0	73,3	68,8	77,7	74,1

Fonte: Do autor, 2012.

SAB - Funcionamento dos sentidos. AUT - Autonomia. PPF - Atividades passadas, presentes e futuras. SOP - Participação social. DAD - Morte e morrer. INT - Intimidade. Geral OLD - Escore total.

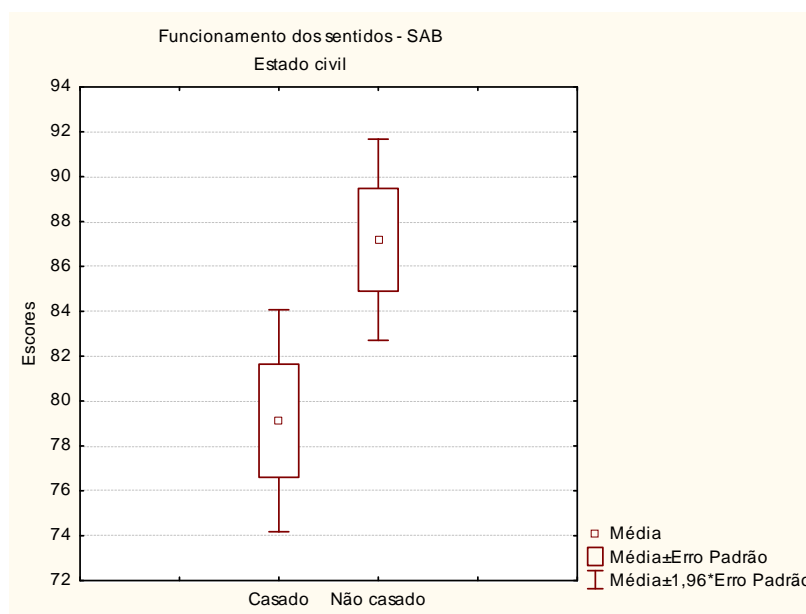
* $p \leq 0,05$ de acordo com o Teste T. ** $p \leq 0,05$ de acordo com One-Way - ANOVA.

Os homens tiveram melhor desempenho do que as mulheres na maioria dos domínios das avaliações de qualidade de vida, inclusive na avaliação Global e no Geral OLD. No entanto, os resultados não foram estatisticamente significativos.

Quanto a idade, os idosos com 80 a 84 anos apresentaram maior escores em todos os domínios, exceto no Físico, Meio ambiente, Participação social e Intimidade que foram conquistados pelos idosos de 70 a 74 anos.

Os idosos não casados obtiveram escores mais elevados em todas as facetas do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, com exceção do Intimidade. Além disso, esses idosos alcançaram uma diferença significativa na faceta Funcionamento dos sentidos ($p = 0,05$), como apresenta o Gráfico abaixo.

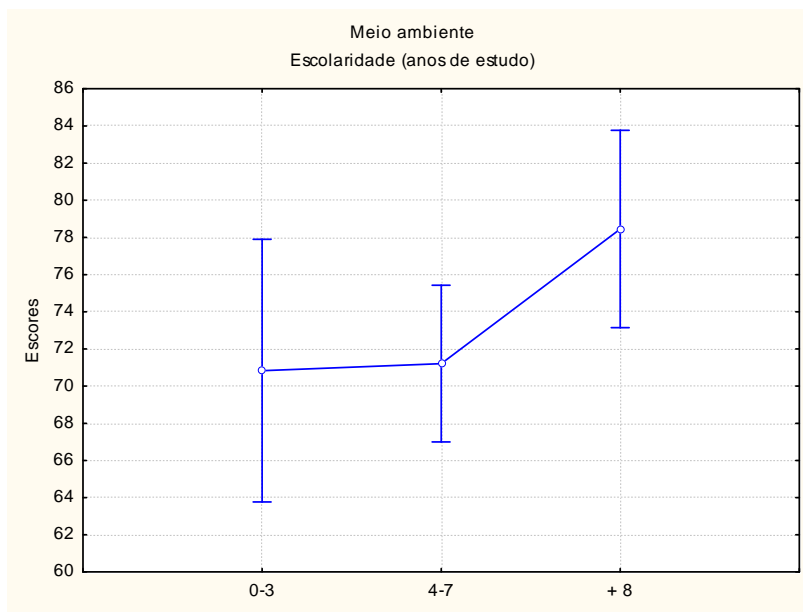
Gráfico 4.7.1 - Escores do domínio Funcionamento dos sentidos em relação ao estado civil



Fonte: Do autor, 2012.

* $p \leq 0,05$ de acordo com o Teste T.

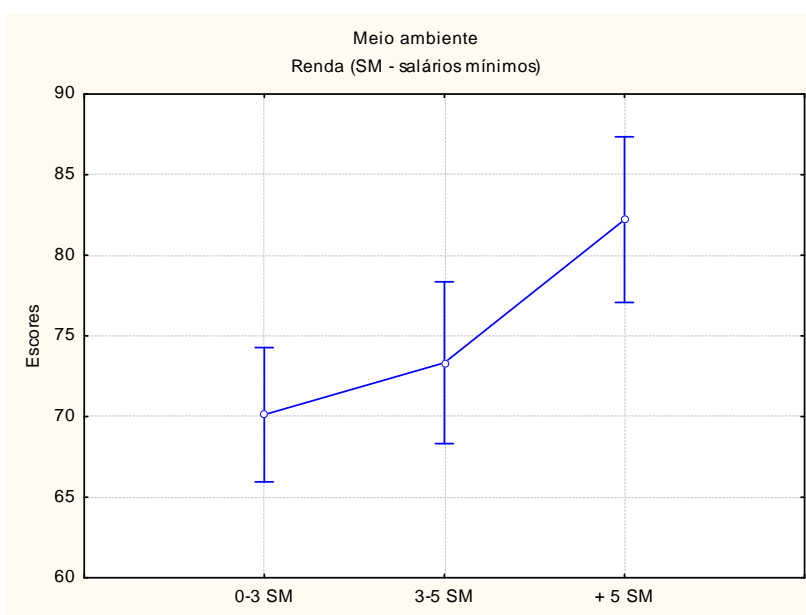
O grau mais alto de escolaridade esteve associado a melhores resultados na avaliação Global, nos domínios Psicológico, Meio ambiente, Funcionamento dos sentidos, Autonomia, Intimidade e na pontuação total do WHOQOL-OLD (Geral Old), sendo que no domínio Meio ambiente as diferenças entre as faixas de escolaridade foram consideradas significativas ($p = 0,05$) (Quadro 4.7.2).

Gráfico 4.7.2 - Escores do domínio Meio ambiente em relação a escolaridade

Fonte: Do autor, 2012.

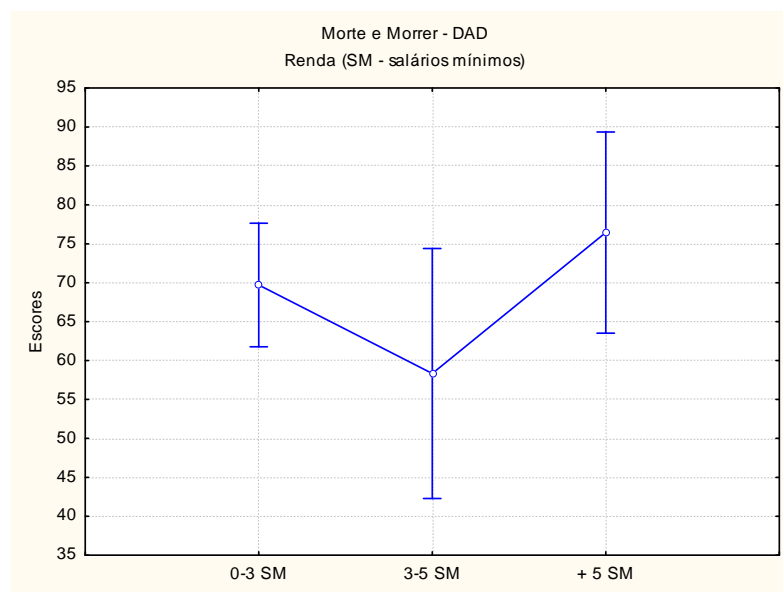
* $p \leq 0,05$ de acordo com One-Way - ANOVA.

Níveis mais elevados de renda também esteve relacionado com maior pontuação nos domínios de ambas avaliações de qualidade de vida. Os domínios Meio ambiente e Morte e Morrer apresentaram resultados significativos ($p = 0,00$ entre renda de 0 a 3 SM e + 5 SM e $p = 0,02$ entre 3 a 5 SM e + 5 SM) (Gráficos 4.7.3 e 4.7.4).

Gráfico 4.7.3 - Escores do domínio Meio ambiente em relação a renda

Fonte: Do autor, 2012.

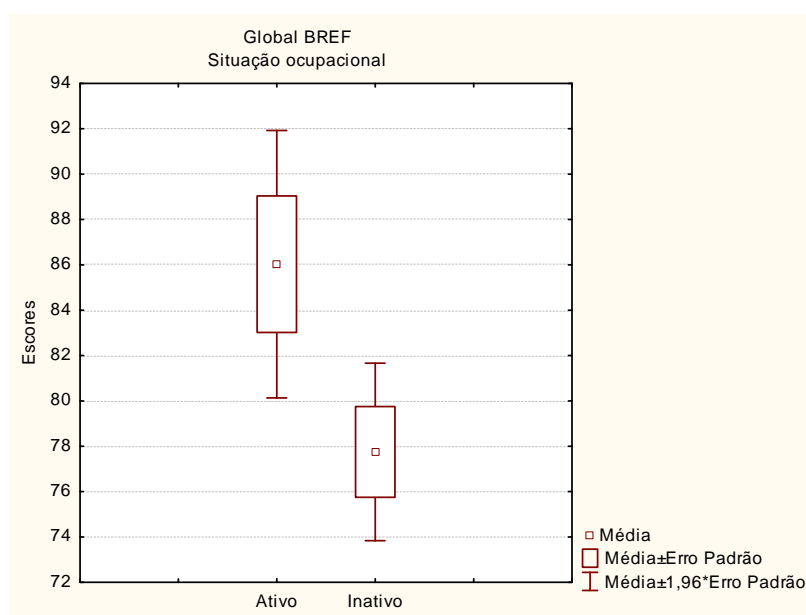
* $p \leq 0,05$ de acordo com One-Way - ANOVA.

Gráfico 4.7.4 - Escores do domínio Morte e Morrer em relação a renda

Fonte: Do autor, 2012.

* $p \leq 0,05$ de acordo com One-Way - ANOVA.

Em relação a situação ocupacional, os idosos ativos somente não apresentaram melhor desempenho nas facetas Meio ambiente, Atividades passadas, presentes e futuras e Morte e morrer. Na avaliação Global atingiram um índice elevado com diferença significativa em relação ao dos inativos ($p = 0,03$) (Gráfico 4.7.5).

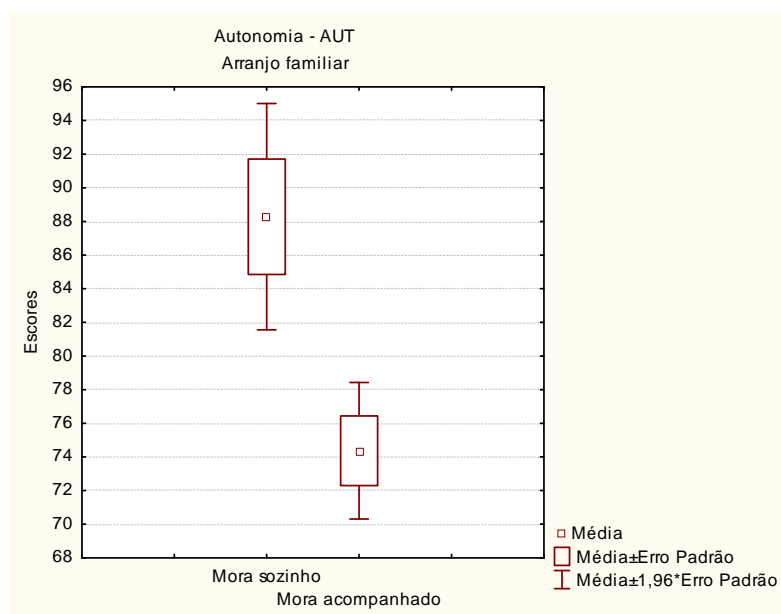
Gráfico 4.7.5 - Escores da avaliação Global em relação a situação ocupacional

Fonte: Do autor, 2012.

* $p \leq 0,05$ de acordo com o Teste T.

Os idosos que moram sozinhos apresentaram melhores resultados em todos os domínios do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, exceto o Intimidade. Além disso, esses idosos alcançaram uma diferença significativa no domínio Autonomia ($p = 0,02$) (Gráfico 4.7.6).

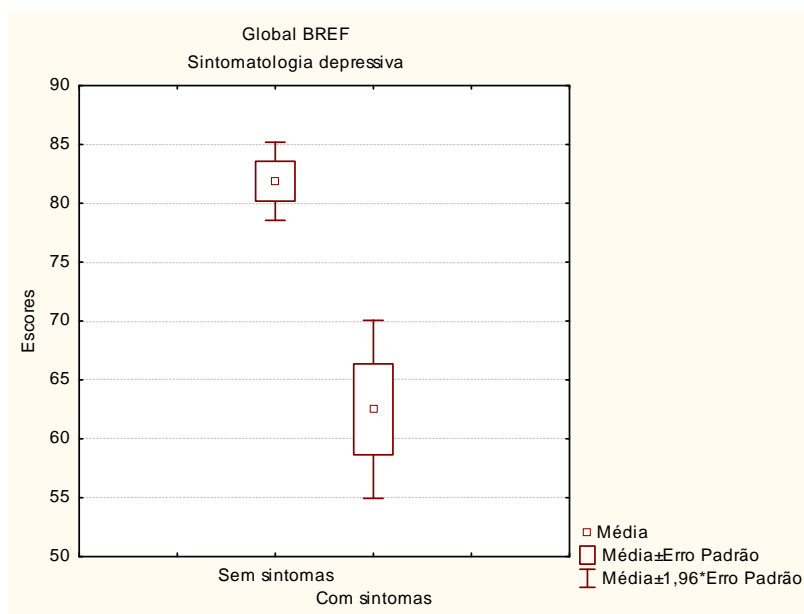
Gráfico 4.7.6 - Escores do domínio Autonomia em relação ao arranjo familiar



Fonte: Do autor, 2012.

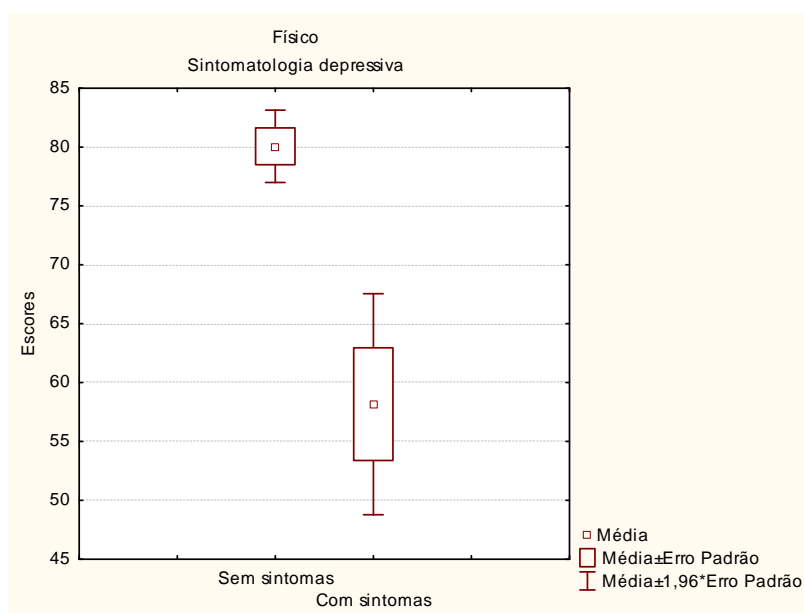
* $p \leq 0,05$ de acordo com o Teste T.

No que se refere ao EDG-15, os idosos com sintomas de depressão tiveram pior escore nas 12 facetas das avaliações de qualidade de vida, sendo que em 10 a diferença foi considerada significativa ($p = 0,00$ em todos os domínios, com exceção do Intimidade, que o p-valor foi de 0,01), como demonstram os Gráficos 4.7.7 a 4.7.16.

Gráfico 4.7.7 - Escores da avaliação Global em relação a EDG-15

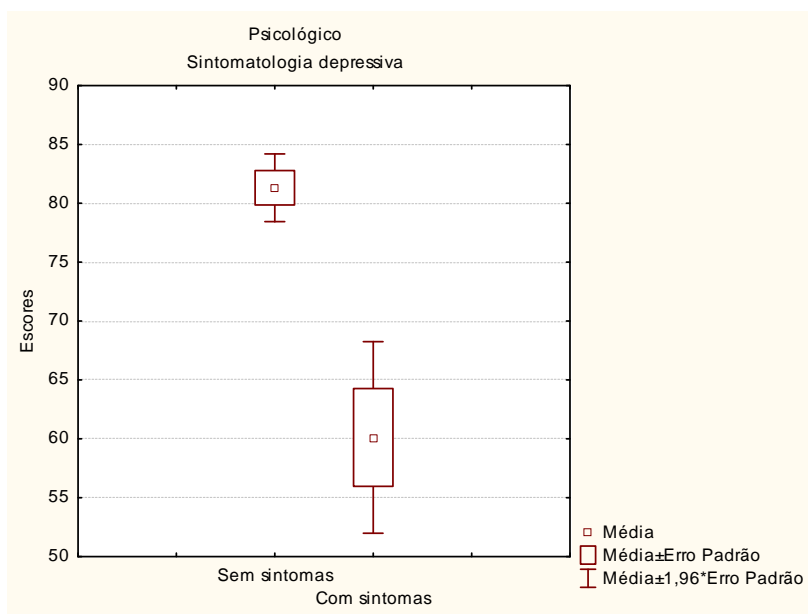
Fonte: Do autor, 2012.

* $p \leq 0,05$ de acordo com o Teste T.

Gráfico 4.7.8 - Escores do domínio Físico em relação a EDG-15

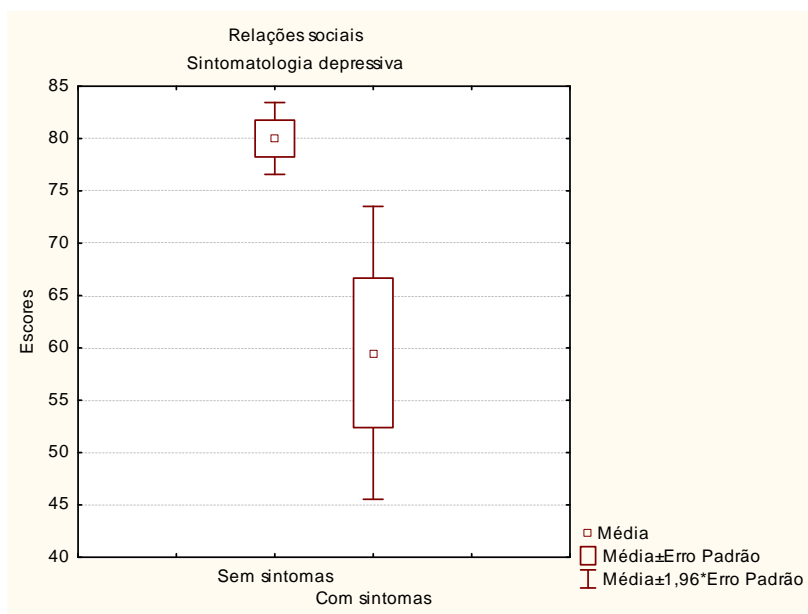
Fonte: Do autor, 2012.

* $p \leq 0,05$ de acordo com o Teste T.

Gráfico 4.7.9 - Escores do domínio Psicológico em relação a EDG-15

Fonte: Do autor, 2012.

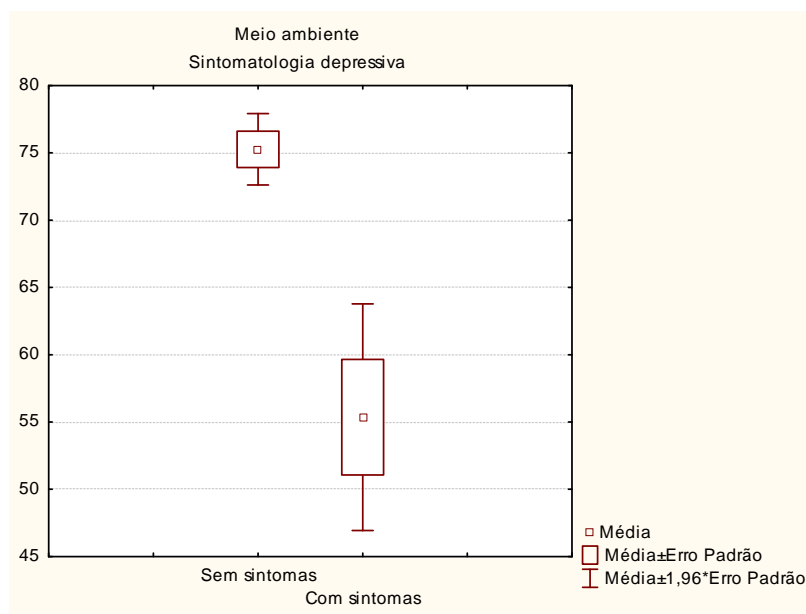
* $p \leq 0,05$ de acordo com o Teste T.

Gráfico 4.7.10 - Escores do domínio Relações sociais em relação a EDG-15

Fonte: Do autor, 2012.

* $p \leq 0,05$ de acordo com o Teste T.

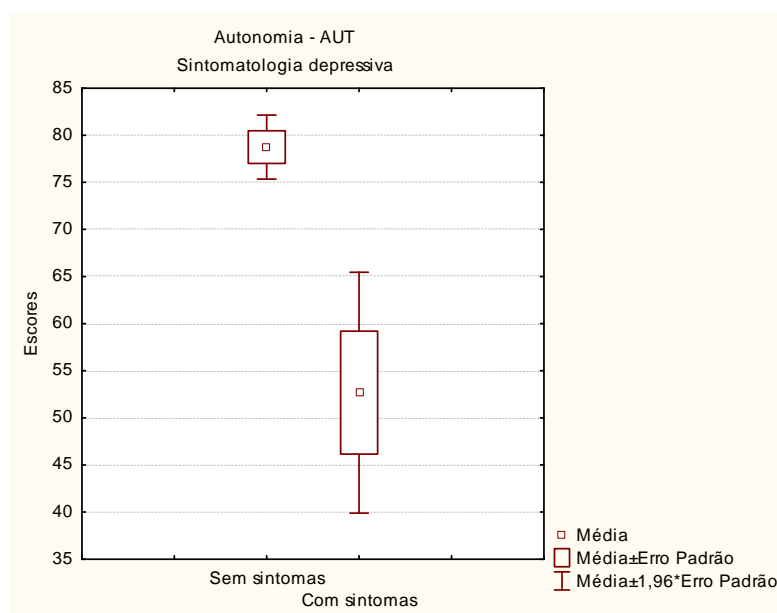
Gráfico 4.7.11 - Escores do domínio Meio ambiente em relação a EDG-15



Fonte: Do autor, 2012.

* $p \leq 0,05$ de acordo com o Teste T.

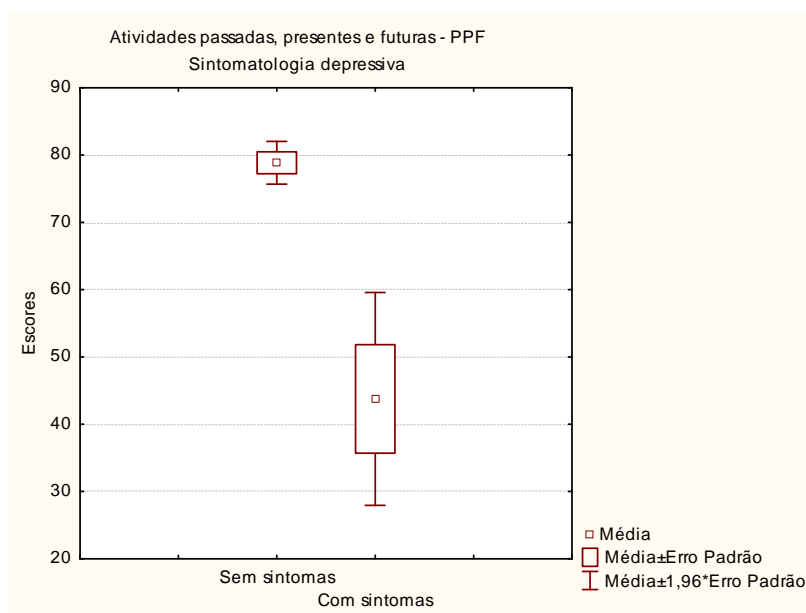
Gráfico 4.7.12 - Escores do domínio Autonomia em relação a EDG-15



Fonte: Do autor, 2012.

* $p \leq 0,05$ de acordo com o Teste T.

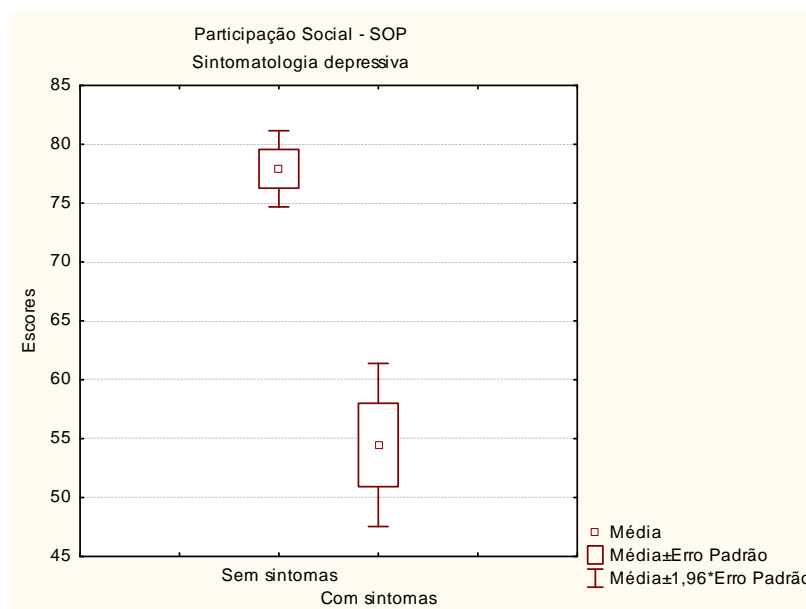
Gráfico 4.7.13 - Escores do domínio Atividades passadas, presentes e futuras em relação a EDG-15



Fonte: Do autor, 2012.

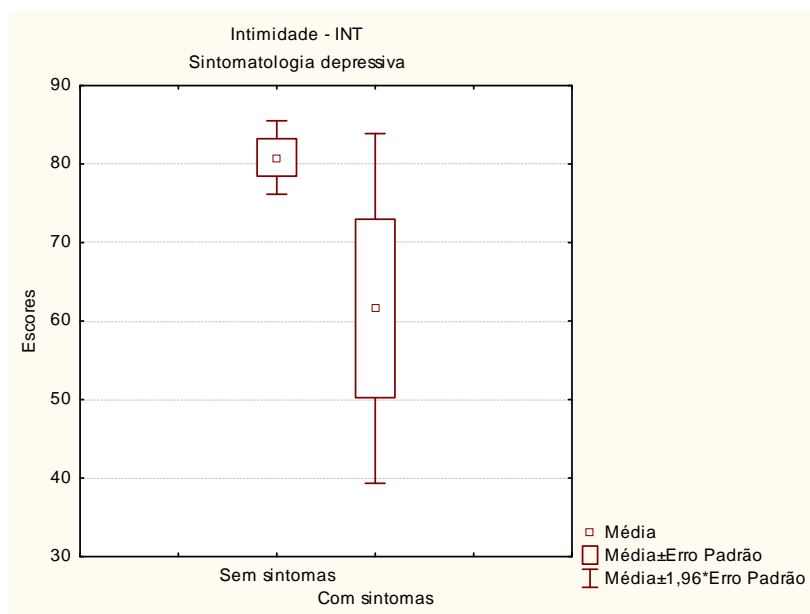
* $p \leq 0,05$ de acordo com o Teste T.

Gráfico 4.7.14 - Escores do domínio Participação social em relação a EDG-15



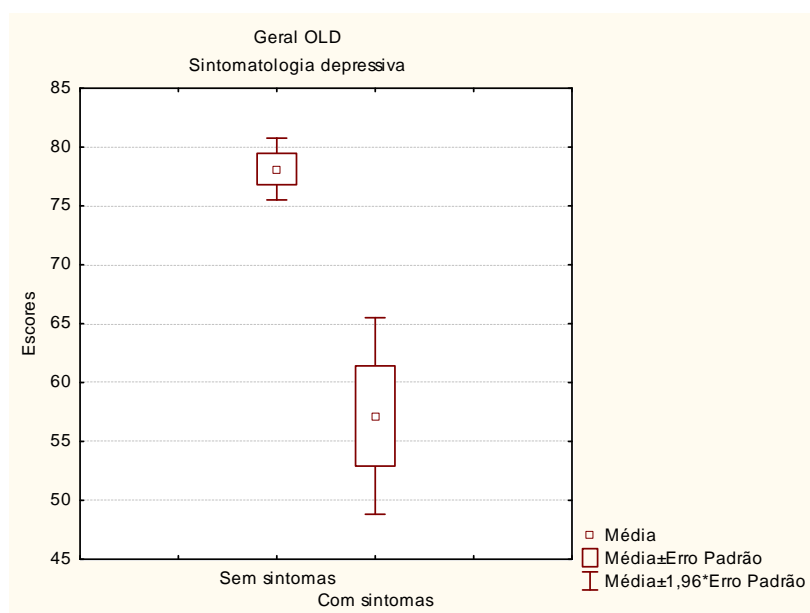
Fonte: Do autor, 2012.

* $p \leq 0,05$ de acordo com o Teste T.

Gráfico 4.7.15 - Escores do domínio Intimidade em relação a EDG-15

Fonte: Do autor, 2012.

* $p \leq 0,05$ de acordo com o Teste T.

Gráfico 4.7.16 - Escores da avaliação Geral OLD em relação a EDG-15

Fonte: Do autor, 2012.

* $p \leq 0,05$ de acordo com o Teste T.

Os idosos que não referiram doenças tiveram um melhor resultado na maioria dos domínios. No entanto, não foi suficientemente expressivo.

No que se refere a atividade física, os idosos que referiram praticar atividades obtiveram escores mais elevados em todos os domínios, com exceção do Morte e Morrer, mas as diferenças entre os grupos também não foram significativas.

4.8 Relações entre papéis ocupacionais e qualidade de vida

Tabela 4.8.1 - Correlação das variáveis dos papéis ocupacionais com a qualidade de vida (valores de R significativos com $p \leq 0,05$)*

VARIÁVEIS	PAPÉIS OCUPACIONAIS													
	Padrão de desempenho								Esquema de tempo			Grau de importância		
	P1	P2	G1	G2	C1	C2	M	A	PAS	PRE	FUT	NI	AI	MI
WHOQOL BREF														
Global	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	-0,37	0,35
FIS	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	-0,28	ns
PSI	ns	ns	ns	ns	ns	0,31	ns	ns	0,24	0,29	0,33	ns	-0,43	0,34
SOC	ns	ns	ns	ns	ns	0,36	ns	ns	ns	0,32	0,29	ns	-0,33	0,30
AMB	ns	ns	ns	ns	ns	0,47	ns	-0,28	0,37	0,40	0,38	ns	-0,46	0,34
WHOQOL OLD														
SAB	ns	ns	ns	-0,33	ns	0,27	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
AUT	ns	ns	ns	ns	ns	0,26	ns	ns	0,27	ns	0,26	ns	-0,39	0,30
PPF	ns	ns	ns	ns	-0,27	0,31	ns	ns	ns	0,26	ns	-0,26	-0,31	0,33
SOP	ns	ns	ns	ns	ns	0,27	ns	ns	ns	0,24	ns	ns	-0,46	0,36
DAD	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	-0,28	ns
INT	-0,24	ns	ns	-0,26	ns	0,39	ns	ns	0,26	0,31	0,31	ns	ns	ns
Geral OLD	ns	ns	ns	-0,29	ns	0,33	ns	ns	0,25	ns	0,24	ns	-0,38	0,38

Fonte: Do autor, 2012.

ns - não significativo. Global - avaliação Global. FIS - Físico. PSI - Psicológico. SOC - Relações sociais. AMB - Meio ambiente. SAB - Funcionamento dos sentidos. AUT - Autonomia. PPF - Atividades passadas, presentes e futuras. SOP - Participação social. DAD - Morte e morrer. INT - Intimidade. Geral OLD - Escore total. P1 (Perda 1) - papel desempenhado no passado, não no presente e não é pretendido para o futuro. P2 (Perda 2) - papel desempenhado no passado, não no presente e é pretendido para o futuro. G1 (Ganho 1) - papel não desempenhado no passado, mas sim no presente e não é pretendido para o futuro. G2 (Ganho 2) - papel não desempenhado no passado, mas sim no presente e é pretendido para o futuro. C1 (Contínuo 1) - papel desempenhado no passado, no presente e não é pretendido para o futuro. C2 (Contínuo 2) - papel desempenhado no passado, no presente e é pretendido para o futuro. M (Mudança) - papel nunca desempenhado, nem no passado, nem no presente, mas é pretendido para o futuro. A (Ausente) - papel nunca desempenhado no passado e nem no presente, nem é pretendido para o futuro. PAS - passado. PRE - presente. FUT - futuro. NI - nenhuma importância. AI - alguma importância. MI - muita importância.

* Teste de Correlação de Postos de Spearman (R).

Na Tabela 4.8.1 estão listados os valores de R que foram significativos para correlação das variáveis dos papéis ocupacionais com as variáveis de qualidade de vida. Podemos verificar que houve correlação de algumas variáveis. Porém, preponderou correlações de fracas magnitudes, ou seja, com coeficientes de 0,21 a 0,40, de acordo com Rodrigues (2008).

Destacamos que houve correlação substancial (coeficientes de 0,41 a 0,70) no tocante ao padrão de desempenho Contínuo 2 com o domínio Meio ambiente e da variável *alguma importância* com os domínios Psicológico, Meio ambiente e Participação social.

Analisando os Padrões de Desempenho de Papéis Ocupacionais, observamos que não houve correlações dos padrões Perda 2, Ganho 1 e Mudança com a qualidade de vida, ou seja, não ocorreu associação do número de papéis desempenhados somente no passado e futuro e dos papéis desempenhados somente no presente, e, ainda, somente no futuro com os domínios de qualidade de vida.

Os padrões Perda 1, Ganho 2, Contínuo 1 e Ausente se correlacionaram negativamente com os domínios de qualidade de vida, como descritos abaixo:

- O padrão Perda 1 se correlacionou com a faceta Intimidade ($r = -0,24$), indicando que um maior número de papéis desempenhados somente no passado está associado com menores pontuações no domínio Intimidade;

- As facetas Funcionamento dos sentidos ($r = -0,33$), Intimidade ($r = -0,26$) e a avaliação total do WHOQOL-OLD (Geral OLD) ($r = -0,29$) se correlacionaram com o padrão Ganho 2, indicando que um maior número de papéis desempenhados no presente e futuro está associado com um menor escore nesses domínios;

- O padrão Contínuo 1 se correlaciona com a faceta Atividades passadas, presentes e futuras ($r = -0,27$), ou seja, uma maior quantidade de papéis desempenhados no passado e presente está associado a uma baixa pontuação nessa faceta;

- O padrão Ausente se correlacionou com o domínio Meio Ambiente ($r = -0,28$), sugerindo que a ausência de papéis nos três tempos está associada com a diminuição do escore desse domínio.

Por outro lado, o padrão de desempenho Contínuo 2, que se refere ao desempenho constante dos papéis ocupacionais ao longo do tempo, se correlacionou positivamente com os domínios Psicológico ($r = 0,31$), Relações sociais ($r = 0,36$), Meio

ambiente ($r = 0,47$), Funcionamento dos sentidos ($r = 0,27$), Autonomia ($r = 0,26$), Atividades passadas, presentes e futuras ($r = 0,31$), Participação social ($r = 0,27$), Intimidade ($r = 0,39$) e a avaliação total do WHOQOL-OLD (Geral OLD) ($r = 0,33$).

Analisando o esquema de tempo verificamos correlações positivas tanto no passado quanto no presente e futuro. O tempo passado se correlacionou com os domínios Psicológico ($r = 0,24$), Meio ambiente ($r = 0,37$), Autonomia ($r = 0,27$), Intimidade ($r = 0,26$) e Geral OLD ($r = 0,25$). O presente esteve associado com os domínios Psicológico ($r = 0,29$), Relações sociais ($r = 0,32$), Meio ambiente ($r = 0,40$), Atividades passadas, presentes e futuras ($r = 0,26$), Participação social ($r = 0,24$) e Intimidade ($r = 0,31$). O futuro se correlacionou com os domínios Psicológico ($r = 0,33$), Relações sociais ($r = 0,29$), Meio ambiente ($r = 0,38$), Autonomia ($r = 0,26$), Intimidade ($r = 0,31$) e Geral OLD ($r = 0,24$).

Em relação ao grau de importância atribuído aos papéis ocupacionais, temos que a variável *nenhuma importância* se correlacionou negativamente com a faceta Participação social. *Alguma importância* se correlacionou negativamente com todas as facetas das avaliações de qualidade de vida, com exceção da faceta Funcionamento dos sentidos e Intimidade. Em contraponto, *muita importância* se correlacionou positivamente com a maioria das facetas de qualidade de vida, menos com os domínios Físico, Funcionamento dos sentidos, Morte e morrer e Intimidade.

5 DISCUSSÃO

5.1 Idosos pré-selecionados e excluídos

Com o progressivo aumento da população idosa em todo mundo as pesquisas na área de geriatria e gerontologia vem atingindo, cada vez mais, patamares elevados na sociedade científica (PAPALÉO NETTO, 2007a; NERI; DEBERT, 1999; GOLDSTEIN, 2009; PRADO; SAYD, 2004, 2006).

Essa temática, mesmo que ainda de forma incipiente, vêm ganhando nos últimos anos espaço no cenário nacional. Importante observar que, por ser um campo recente e de rápido crescimento, permanece o desafio de compreender o idoso em sua totalidade, a velhice e o processo de envelhecimento e suas conseqüências (LEME, 1996; FREITAS et al., 2002; PRADO; SAYD, 2004, 2006).

Apesar da preocupação e incentivo em estudar o Envelhecimento, assim como em outros campos do conhecimento, os pesquisadores se deparam com diferentes dificuldades metodológicas, que raramente são explicitadas na publicação da pesquisa.

No estudo, além da busca laboriosa pelo campo da pesquisa, a principal dificuldade envolveu a composição da amostra. A cifra de recusas superou tanto as perdas quanto o número de idosos excluídos. Os dois principais motivos atribuídos para o não aceite em participar da pesquisa foram a percepção de pouco benefício pessoal em participar do estudo e a falta de tempo.

Nota-se que, apesar dos cuidados em informar antecipadamente a veracidade e importância da pesquisa, alguns fatores podem ter contribuído para a recusa dos idosos, como: imagem negativa da velhice, negação do próprio processo de envelhecimento, falta de exercício da cidadania e, sobretudo, receio de sofrer algum tipo de constrangimento.

Esses comportamentos, reforçados pela heterogeneidade, imediatividade, superficialidade e materialismo espontâneo presentes na sociedade moderna (COSTA, 2001), devem ser ponderados no planejamento das pesquisas, tendo em vista que, segundo Costa (2001), a ciência é “uma necessidade surgida da própria práxis humana cuja base de realização se dá a partir do cotidiano da vida social dos homens” (p. 45).

5.2 Escores dos instrumentos aplicados para exclusão

A pontuação do MEEM variou de 21 a 30 pontos, sendo que a média e mediana foram de 28. Esses resultados foram ligeiramente superiores aos encontrados por Brucki e colaboradores (2003), em estudo realizado com 433 indivíduos, de 16 a 92 anos de idade (média de $58,9 \pm 17,75$ anos), saudáveis, sem queixas de memória e escolaridade média de 4,61 anos.

Os escores da Escala de Katz apresentaram discreta oscilação devido ao ponto de corte utilizado. Vale frisar que a incontinência parcial ou total para micção ou evacuação foi, predominantemente, citada pelos idosos que não atingiram a pontuação máxima.

A incontinência é um dos problemas mais frequentes e aflitivos para o idoso e, por vezes, é erroneamente vista como um processo natural do envelhecimento (BORN, 2007). De acordo com os resultados do estudo desenvolvido por Tavares e colaboradores (2011), essa morbidade reduz a qualidade de vida, com maior impacto no domínio físico e facetas de participação social no sexo feminino e autonomia no masculino.

5.3 Características demográficas, socioeconômicas e de saúde

Participaram do estudo 67 idosos da União dos Aposentados de Araras - UNIAPA, localizada na cidade de Araras. A amostra do estudo foi composta por idosos, predominantemente, da faixa etária entre 70 e 74 anos, brancos, católicos, casados, com escolaridade de 4 a 7 anos e renda de até 3 salários mínimos.

É prudente destacar que Araras é uma cidade de médio porte, da região centro-oeste do Estado de São Paulo, que possui indicadores positivos de desenvolvimento econômico e social (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2011; FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2011). Assim sendo, pode-se considerar o município de Araras privilegiado, quando comparado a inúmeros outros municípios brasileiros.

A amostragem foi por conveniência, composta por idosos integrantes de uma associação de aposentados. Apesar dessa característica, os idosos não possuem engajamento político-social e apresentam uma postura mais passiva na obtenção de informações e representatividade social.

No que se refere ao gênero há um número expressivo de pesquisas com idosos pertencentes ao sexo feminino, devido, especialmente, a sua maior longevidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005) e envolvimento em projetos dirigidos ao envelhecimento (RESENDE et al., 2011). O estudo abrangeu um número proporcional de homens e mulheres e, dessa forma, proporcionou a análise do comportamento ocupacional de ambos.

Houve predomínio de idosos pertencentes a faixa etária dos 70 aos 74 anos (55,2%). De acordo com as informações apresentadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011), o número de idosos nas faixas etárias mais jovens é maior do que nas faixas de idosos mais velhas, o que confirma o resultado do presente estudo. A média de idade dos idosos estudados foi de 74,6 anos, índice superior a expectativa de vida nacional, que é de 73 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011; BANCO INTERNACIONAL PARA A RECONSTRUÇÃO E O DESENVOLVIMENTO, 2011).

No tocante ao estado civil, apesar da maioria ser casado (70%), foi verificado uma discrepância entre os gêneros, pois grande parte dos viúvos e solteiros são mulheres. Esses achados seguem a tendência mundial, que nota que mais de três quartos dos homens vive em companhia de cônjuge, enquanto dois terços das mulheres são viúvas, solteiras ou separadas (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007). Três fatores contribuem sobremodo para tal desigualdade: a maior longevidade das mulheres, a tendência à união de homens com mulheres mais jovens e a tendência dos homens em contraírem novo matrimônio na viuvez (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005; PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007).

Quanto a escolaridade, 49,2% possuem 4 a 7 anos de estudo, ou seja, apresentam índice superior ao da população brasileira, onde quase um terço possui menos de um ano de instrução formal (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

As mulheres apresentaram maior escolaridade do que os homens. Os números de analfabetismo em mulheres são superiores aos dos homens, devido, provavelmente, a menor oferta de vagas e oportunidades de ensino no passado (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007). Porém essa realidade vem sendo superada, uma vez que a maior parte das vagas da maioria dos cursos superiores já é ocupada pelas mulheres (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007).

No que se refere a renda, a maioria dos idosos pesquisados recebe até 3 salários mínimos e possui renda domiciliar per capita acima de 2 salários mínimos. O padrão nacional de renda é inferior ao constatado no presente estudo, visto que 43,2% dos idosos brasileiros apresentam rendimento inferior a 1 salário mínimo por pessoa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Muito embora tenha sido constatado maior nível de escolaridade perante as mulheres, os homens foram o que demonstraram possuir maior renda. Provavelmente isso ocorreu devido ao reflexo sócio-cultural, em que os homens integravam o mercado de trabalho, enquanto as mulheres tinham, em grande parte, o papel de responsáveis pelos cuidados da família e da casa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

A principal fonte de renda é constituída pela aposentadoria e parte dos idosos se mantém economicamente ativos, apesar de estarem, predominantemente, executando trabalho sem garantias empregatícias. Esses resultados corroboram os dados apresentados pela literatura (CHAIMOWICZ, 1997; SANTOS et al., 2002; PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007; RAMOS; SOUZA; CALDAS, 2008; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Com relação ao arranjo familiar, grande parte dos idosos (70,1%) mora na companhia de um membro da família, sendo que 89,4% dividem a casa com o próprio cônjuge. Portanto, houve predomínio de famílias pequenas (nucleares), em detrimento de um padrão de família extensa. A literatura aponta que a proporção de famílias nucleares vem aumentando, principalmente devido a maior mobilidade das famílias (DOMINGUES; QUEIROZ; DERNTL, 2007; VERAS, 2007).

No que se refere aos sintomas de depressão, Fleck e colaboradores (2002) afirmam que esse transtorno constitui um problema de saúde pública, em razão da alta prevalência e impacto psicossocial. No atual estudo, a prevalência foi de 10,4%, ou seja, menor do que a evidenciada pela literatura, que é em torno de 15 a 35% em idosos residentes na comunidade (VERAS; MURPHY, 1994; PORCU et al., 2002; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006).

Vale pontuar que não foram observadas diferenças significativas na comparação entre os grupos com e sem sintomatologia depressiva e as variáveis demográficas e socioeconômicas, como demonstrado por Chachamovich e colaboradores (2008), em um estudo internacional que envolveu 20 países, assim como por Gonçalves e Andrade (2010),

em uma pesquisa desenvolvida com idosos atendidos em ambulatórios de geriatria da região nordeste do Brasil. Uma possível explicação para esse fato reside na diferença amostral entre os dois grupos de idosos.

Mais de 59% dos idosos referiram apresentar pelo menos uma doença, apesar de um número expressivo (76,1%) se considerar *bastante* ou *extremamente* saudável. A média de doenças foi de 1,1, portanto, a amostra estudada pode ser considerada hígida, pois apresenta um baixo número de doenças, quando comparada com os dados da literatura, que evidencia uma média de mais de 3 doenças por idoso (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; BLAY; MERCHESONI, 2011).

As doenças mais prevalentes foram diabetes, hipertensão e problemas cardíacos, o que condiz com as principais doenças crônicas que afetam os idosos em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; GONÇALVES; ANDRADE, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (2005) afirma que a participação em atividades físicas pode retardar declínios funcionais e diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos. Apesar desses benefícios, uma grande proporção de idosos é sedentária. No estudo, os resultados não foram diferentes, pois quase a metade dos idosos (44,8) não pratica atividades físicas e cerca de 30% se considera *muito pouco* ou *mais ou menos* ativo.

Os idosos não sedentários (55,2 %) citaram a caminhada como a atividade mais praticada. É importante destacar que, apesar dos benefícios da caminhada, na maioria das vezes, ela é realizada sem o acompanhamento de um profissional especializado. Rolim (2005) e Ribeiro e colaboradores (2009) também evidenciam que a caminhada é uma das principais atividades praticadas por esse grupo populacional.

Em relação a frequência da prática de atividade física, foi observado que os idosos, em sua maioria, se exercitam regularmente, o que está de acordo com os achados da literatura (ROLIM, 2005; RIBEIRO et al., 2009).

Quanto a percepção da felicidade, 88% dos idosos estudados se consideram *bastante* ou *extremamente* felizes, o que confirma os dados da literatura internacional e nacional, pois segundo os pesquisadores a felicidade não necessariamente diminui com a idade (DIENER et al., 1999; FERRAZ et al., 2007; SCORSOLINI-COMIN, SANTOS, 2010),

mas dependem das variáveis individuais, como, por exemplo, o estado civil e a saúde física (MROCZEK; SPIRO, 2005).

5.4 Papéis ocupacionais

Os papéis ocupacionais dos idosos estudados sofreram mudanças no *continuum* da vida. McKenna, Broome e Liddle (2007), em acordo com outros autores, também atestam que os papéis ocupacionais são assumidos e renunciados ao longo dos anos (BLACK, 1976; ELLIOTT; BARRIS, 1987; WATSON; AGER, 1991; BRÄNHOLM; FUGLMEYER, 1992; HAKANSSON et al., 2005).

Há evidência na literatura que, em virtude das alterações dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, os idosos perdem papéis ocupacionais, podendo ocasionar declínio do engajamento social. Os resultados do presente estudo são condizentes com essas pesquisas na medida que evidenciou a perda de papéis ocupacionais do passado para o presente (BLACK, 1976; JACKOWAY; ROGERS; SNOW, 1987; ELLIOTT; BARRIS, 1987; WATSON; AGER, 1991; BRÄNHOLM; FUGLMEYER, 1992; BRÄNHOLM; FUGLMEYER, 1994; DICKERSON; OAKLEY, 1995; STANLEY, 1995; SILVA; GÜNTHER, 2000; AARTSEN et al., 2002; SALGADO, 2002; KIELHOFNER, 2002; 2008; LEON; GLASS; BERKMAN, 2003; CARNEIRO; FALCONE, 2004; BATTINI; MACIEL; FINATO, 2006; AGAHI; AHACIC; PARKER, 2006; MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007; TAMAI, 2007; FERRARI, 2007; FERRIGNO, 2007; GNANASEKARAN; MCLNTYRE; MINNS, 2007; MCLNTYRE; BRYANT, 2007; WILSON, 2007; ASHFORD; MCLNTYRE; MINNS, 2007; REYNOLDS; LIM, 2007; WILCOCK, 2007; RICHARD, 2009; GOLDSTEIN, 2009; DEPS, 2009a, b; GÜNTHER, 2009; RODRIGUES; JUSTO, 2009).

Mais que a metade dos idosos (56,7%) apresentaram uma diminuição no número de papéis ocupacionais do passado para o presente. É importante ressaltar que, predominantemente, os idosos destacaram a própria escolha como o principal motivo para ausência ou a perda do papel, demonstrando certa autonomia na decisão ou, como denominado por Baltes e Baltes (NERI, 2008), na teoria de envelhecimento bem-sucedido, um processo de seleção.

Dentro dessa perspectiva, “a redução das interações sociais é o resultado de um processo de seleção ao longo da vida pelo qual, de maneira estratégica e adaptativa, se escolhe com quem interagir a fim de maximizar os ganhos e minimizar possíveis riscos sociais e emocionais” (GÜNTHER, 2009, p. 18). No entanto, não podemos desprezar o fato de que

ordens normativas refletem nos atos da vida cotidiana, muitas vezes de forma impositiva, ou seja, apesar do homem possuir a capacidade de intervir em sua realidade, suas ações expressam ordenamentos culturais e convenções sociais (PAIS, 2007).

A perda média de papéis na relação do passado com o presente foi de quase 1 papel (0,9 papel). Na pesquisa de Elliott e Barris (1987) os idosos estudados, apesar de apresentarem características diferentes, principalmente em relação a escolaridade, renda, nacionalidade e, conseqüentemente, cultura, perderam 0,7 papel, número bastante próximo ao encontrado na pesquisa.

Em contrapartida os idosos perderam um número menor de papéis na transição do passado para o presente, quando comparados com os idosos australianos, participantes da pesquisa desenvolvida por McKenna, Broome e Liddle (2007), que perderam uma média de 2 papéis.

Ainda considerando o passado com o presente, quase 21% mantiveram o número de papéis, ou seja, conseguiram manter um equilíbrio no engajamento ocupacional, e 22,4% ampliaram a quantidade de papéis. Esses resultados contrapõem-se a teoria do desengajamento, que sustenta a ocorrência de um desengajamento ou afastamento do idoso do seu meio social como um processo universal e inevitável (SIQUEIRA, 2002; DOLL et al., 2007; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

No geral, a perspectiva de tempo futuro para o idoso é mais curta (DEPS, 2009a). Na relação entre o presente e o futuro, contrariamente a esse apontamento, uma parcela significativa dos idosos estudados referiram que pretendem manter o número de papéis (70,1%) ou ampliar o engajamento (23,9%). McKenna, Broome e Liddle (2007) igualmente verificaram que, no geral, os idosos esperam não interromper a sua participação em papéis no futuro e alguns até mesmo esperam ampliá-los.

Essa expectativa positiva em relação ao futuro, mesmo que ainda não estabelecida e sujeita a modificações, já que pressupõe algo a ser realizado, indica espaço para ações dirigidas de promoção da saúde.

Dentro dessa perspectiva, as premissas da política de envelhecimento ativo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005) reforçam que a participação é um dos pilares do envelhecimento ativo, mas que envelhecer bem é um processo que deve ser facilitado pelas políticas públicas e pelo aumento das iniciativas sociais e de saúde ao longo da vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005; LIMA; SILVA; GALHARDONI,

2008). Para isso, além das ações intersetoriais, é necessário reconhecer a diversidade das populações mais velhas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Deve-se ressaltar que os valores máximo e mínimo dos papéis, nos 3 tempos, apresentaram uma grande variação, demonstrando a heterogeneidade dos idosos estudados, no tocante a quantidade de papéis. Não obstante a diversidade verificada, o grupo demonstrou semelhanças no envolvimento de determinados papéis ocupacionais.

Os três principais papéis desempenhados no passado foram de trabalhador (91%), membro de família (79%) e passatempo / amador (51%), enquanto que os papéis de estudante (16%), participante em organizações (22%) e voluntário (28%) foram os menos citados.

No passado ficou constatado que os papéis de menor participação dos idosos foram o de participante em organizações (44,6%) e voluntário (50%), como evidenciado por Elliott e Barris (1987). Entretanto, o referido estudo destaca o papel de estudante como um dos mais desempenhados pelos idosos no tempo passado, o que contraria o resultado obtido no presente estudo. Essa desigualdade certamente ocorreu devido ao esquema de tempo utilizado. O intervalo dos 40 aos 60 anos foi utilizado para definir o tempo passado, ao passo que, apesar de não ter sido metodologicamente descrito, o estudo desenvolvido por Elliott e Barris (1987) parece que considerou o período desde o nascimento até sete dias atrás da realização da entrevista.

Além do papel de estudante, os papéis de trabalhador e passatempo/amador, assim como neste estudo, foram os papéis mais desempenhados no passado pelos idosos participantes da pesquisa de Elliott e Barris (1987). O papel de membro de família, que foi bastante citado pelos idosos neste estudo, foi assinalado em 5º lugar no norte-americano. O papel religioso, assinalado em 1º lugar na pesquisa de Elliott e Barris (1987), foi pouco mencionado pelos idosos estudados, ocupando a 7ª posição. Uma possível razão para esse fato pode estar associada com a diferença na definição do tempo passado ou nas divergências culturais entre os dois países.

A caracterização do papel religioso no instrumento *Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais* envolve a participação em grupos ou atividades filiadas a sua religião, pelo menos 1 vez por semana, excluindo-se o culto religioso, ou seja, fazer orações, assistir os cultos ou realizar qualquer outra atividade religiosa de forma mais contemplativa, mesmo que diariamente, não preenche o critério para esse papel.

Em relação ao tempo presente, os idosos estão envolvidos em uma média de $4,4 \pm 1,6$ papéis. Essa cifra foi superior a média de $3,4 \pm 1,5$ encontrada por Watson e Ager (1991). No entanto, foi inferior as médias de $5,46 \pm 1,6$ e $6,0 \pm 1,9$ reveladas por Elliott e Barris (1987) e McKenna, Broome e Liddle (2007), respectivamente.

Os papéis mais desempenhados no presente, pelos idosos estudados, foram os de passatempo / amador (100%), serviço doméstico (94%) e membro de família (76%). Os papéis de estudante (1%), participante em organizações (10%) e religioso (21%) foram os menos desempenhados.

A participação no papel de passatempo / amador foi igualmente demonstrada como o papel mais desempenhado pelos idosos no estudo de Elliott e Barris (1987), com 86,6%. Nas pesquisas realizadas por Watson e Ager (1991) e McKenna, Broome e Liddle (2007) o papel de passatempo / amador ocupa a 4ª posição.

Os idosos citaram um maior envolvimento em atividades de lazer passivo, principalmente assistir televisão, como constatado também em outros estudos (MCKINNON, 1992; STANLEY, 1995; MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007; DOIMO; DERNTL; LAGO, 2008). Segundo Kielhofner (2002), muitas vezes os idosos estão envolvidos em ocupações solitárias e passivas, embora prefiram estar envolvidos em ocupações sociais mais ativas, devido a falta de transporte, instalações, dinheiro e companheiros, medo de sofrer acidentes, de aprender coisas novas ou de sofrer reprovações, além da falta de prazer.

Em compensação, no geral, o grupo de idosos estudados está mais envolvido em atividades de lazer ativo, como a prática de atividades físicas, do que os idosos pesquisados por Stanley (1995) e Doimo, Derntl e Lago (2008). No entanto, no que tange as atividades esportivas, merece ressaltar que a Prefeitura de Araras possui projetos de incentivo à prática de atividades físicas em ambientes públicos, os convênios médicos da cidade investem em programas de atividades físicas para a promoção da saúde, a cidade possui diversos clubes e um centro de convivência da terceira idade com piscina, campo de futebol e outras modalidades esportivas.

Em relação aos papéis de serviço doméstico e membro de família os estudos internacionais, também, destacam esses papéis como os principais ocupados pelos idosos no tempo presente (ELLIOTT; BARRIS, 1987; WATSON; AGER, 1991; MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007). Além dos papéis de passatempo / amador, serviço doméstico e membro de família, a literatura destaca a participação no papel de amigo (ELLIOTT;

BARRIS, 1987; WATSON; AGER, 1991; MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007), que neste estudo apresentou engajamento mediano (54%).

As três pesquisas sobre os papéis ocupacionais na velhice, da mesma forma que no presente estudo, apontaram o papel de estudante como o primeiro ou o segundo papel menos desempenhado pelos idosos no tempo presente. Entretanto a participação variou de 3,6 a 26,2%, valor bastante significativo, acima do 1% encontrado neste estudo. Assim, pode-se afirmar que os idosos estudados estão menos envolvidos no papel de estudante do que os idosos participantes das pesquisas internacionais. Vale mencionar que a média de escolaridade dessas pesquisas é bastante elevada, acima da média referida no presente trabalho.

No que se refere ao papel de participante em organizações, somente o estudo de Watson e Ager (1991) sustenta os resultados desse estudo, descrevendo pouca participação dos idosos. É importante pontuar que a amostra das pesquisas de Elliott e Barris (1987) e McKenna, Broome e Liddle (2007) contaram com idosos participantes de instituições de ensino, organizações comunitárias, conselho de idosos e associações de aposentados.

A amostra da presente pesquisa também foi composta por associados de uma instituição de aposentados, porém, como afirmado anteriormente, os idosos não apresentam pleno engajamento político-social, talvez por constituírem hoje um grupo etário politicamente frágil, pois não tiveram vez e voz no atendimento as suas reivindicações no passado e permanecem excluídos do contexto mais amplo da sociedade (PAPALÉO NETTO, 2007a).

O papel de religioso também foi mencionado como um dos menos desempenhados pelos idosos nos estudos realizados Watson e Ager (1991) e McKenna, Broome e Liddle (2007).

O papel de trabalhador foi indicado pela literatura como o 1º ou 2º papel que os idosos menos desenvolvem no presente, com frequência de 10 a 25% (ELLIOTT; BARRIS, 1987; WATSON; AGER, 1991; MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007). Neste estudo, apesar desse papel ter ocupado a 4ª posição de papel menos desempenhado, também apresentou frequência de 25%. No entanto, devemos lembrar que parte dos idosos estudados exercem o papel de trabalhador por necessidade financeira e não por escolha.

No futuro, os idosos desejam ampliar ou manter a participação em papéis ocupacionais. Os papéis de estudante e amigo se destacaram, com 8 e 7 % de intenção de aumento, respectivamente. Esses resultados conduzem para a reflexão sobre as Universidades

da Terceira Idade, uma vez que os idosos referiram o interesse em se envolver nesse tipo de modalidade de atenção socioeducativa, além de realizar cursos de alfabetização, informática e inglês.

No Brasil, as Universidades da Terceira Idade, apesar das diferenças no que tange seus pré-requisitos, recursos disponíveis, público-alvo, objetivos, atividades e entidades mantenedoras (CACHIONI; FALCÃO, 2009; CASTRO, 2011), visam a geração de conhecimento, promoção da saúde, oportunidade de contato social, manutenção de relações significativas com pessoas da mesma idade, ocupação do tempo livre e melhora da qualidade de vida dos idosos (VERAS; CALDAS, 2004; CACHIONI; FALCÃO, 2009).

De forma complementar, Cachioni e Falcão (2009) afirmam que as oportunidades educacionais aos adultos e idosos representam uma resposta inovadora aos novos desafios e demandas sociais gerados pelo crescente aumento da população idosa e, além disso, podem promover uma mudança cultural. Infelizmente esses programas ainda não são acessíveis a todos, em virtude de barreiras, como cobrança de mensalidades, exigência de pré-requisitos ou localização distante (CASTRO, 2011).

Em Araras, desde outubro de 2003, o Centro Universitário Hermínio Ometto desenvolve atividades educativas à idosos com o objetivo de socialização, sensibilização humana e ensino nos eixos de humanas, ciências, saúde e tecnologia. Para a inclusão no projeto é necessário ter acima de 45 anos e realizar o investimento de R\$ 40,00 mensais. As aulas são ministradas 3 vezes por semana, no período vespertino, e conta com, aproximadamente, 40 inscritos.

Na análise dos papéis ocupacionais no tempo presente, foi constatado que 92,9% dos idosos escolheram os papéis que desempenham. De acordo com a literatura, a escolha dos papéis ocupacionais na velhice está fortemente relacionada com a satisfação na vida (BLAU, 1973 apud ELLIOTT; BARRIS, 1987; SELEEN, 1982 apud ELLIOTT; BARRIS, 1987; KIELHOFNER, 2002; MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007). Sendo assim, os idosos deste estudo podem ter uma melhor percepção da qualidade de vida do que grupos de idosos que mantêm papéis pouco significativos.

O processo de escolha é denominado, pelo Modelo de Ocupação Humana, de subsistema da volição, que envolve a compreensão do indivíduo acerca da sua capacidade, eficiência, metas e interesses, visando a busca da satisfação pessoal (KIELHOFNER; BURKE, 1980; KIELHOFNER, 2002, 2009; POLIA; CASTRO, 2007).

O subsistema da volição, assim como o subsistema do desempenho, referente as habilidades para a execução das atividades, influenciam o subsistema da habituação. Esse embasamento teórico apóia os achados do presente estudo, na medida em que, apesar das dificuldades encontradas para a realização das atividades no que compõem os papéis ocupacionais, os idosos verificaram benefícios em sua realização (KIELHOFNER; BURKE, 1980; KIELHOFNER, 2002, 2009; POLIA; CASTRO, 2007).

A satisfação pessoal foi o principal benefício mencionado pelos idosos no desempenho dos papéis ocupacionais. Segundo a literatura, sobre o Modelo de Ocupação Humana, os indivíduos escolhem realizar, essencialmente, as atividades que lhes proporcionam prazer e bem-estar, como evidenciado neste estudo (KIELHOFNER; BURKE, 1980; KIELHOFNER, 2002, 2009; POLIA; CASTRO, 2007).

As dificuldades encontradas no desempenho dos papéis envolveram, predominantemente, os aspectos físico-orgânicos. A presença de dores foi a dificuldade mais citada pelos idosos.

A dor em indivíduos idosos é considerada um problema de saúde pública, devido a sua alta prevalência, que geralmente está relacionada com desordens do sistema musculoesquelético, além de câncer, procedimentos cirúrgicos, úlcera por pressão e doenças cardiovasculares (ANDRADE; PEREIRA; SOUSA, 2006). Andrade, Pereira e Sousa (2006) afirmam que a dor é um dos principais fatores que influenciam negativamente a qualidade de vida, pois limita o desenvolvimento de atividades, aumenta a agitação, o risco de estresse e o isolamento social.

Os dois papéis que os idosos referiram maior dificuldade foram de trabalhador e serviço doméstico. Realmente esses dois papéis, a depender das atividades envolvidas, exigem um esforço físico maior do que os outros, que exigem um maior empenho cognitivo e/ou social.

No que se refere o grau de importância atribuído aos papéis ocupacionais, os idosos, de um modo geral, valorizam muito todos os papéis, o que está de acordo com a literatura (ELLIOTT; BARRIS, 1987; WATSON; AGER, 1991; MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007). Segundo Elliott e Barris (1987) os indivíduos tendem a depositar maior valor aos papéis ocupacionais que realizam, buscando manter elevado senso de autoestima.

Os papéis que os idosos estudados mais valorizam são os de estudante, seguido por membro de família, passatempo / amador, trabalhador e serviço doméstico. Em contraposição, conferem menor importância ao papel de participante em organizações.

Esses dados mostram certa contradição entre o engajamento real dos idosos no presente e a valorização dos papéis, pois, apesar dos 3 papéis que mais desempenham (passatempo / amador, serviço doméstico e membro de família) estar incluídos entre os 5 papéis de *muita importância*, os papéis de estudante e trabalhador, que foram bastante valorizados, apresentam baixa frequência. Esse fato pode estar associado à perspectiva futura dos idosos, já que planejam aumentar o envolvimento em ambos os papéis; a importância que esses papéis tiveram no tempo passado ou ainda, devido ao reflexo da supervalorização da sociedade aos estudos e a vida produtiva. Entretanto, Santos (2012), em pesquisa sobre a relação entre sintomas depressivos em idosos brasileiros e desempenho de papéis ocupacionais, também observou uma tendência dos idosos em atribuir *muita importância* a quase todos os papéis, mesmo entre aqueles com menor frequência de desempenho.

Os participantes da pesquisa de Elliott e Barris (1987), Watson e Ager (1991) McKenna, Broome e Liddle (2007) atribuíram baixo valor ao papel de estudante, o que contesta os resultados do estudo em tela. Entretanto, assim como evidenciado nesta pesquisa, conferiram grande importância ao papel de membro de família.

Nos estudos supracitados, o papel de passatempo / amador está entre a 4^a e 5^a posição dentre os papéis mais valorizados, seguindo a frequência de desempenho nesse papel. Além disso, o papel de amigo é sinalizado na 2^a e 3^a posição, enquanto que, neste estudo, esse papel não foi muito valorizado, ocupando a 8^a posição. No entanto, não se pode desprezar o fato de que, apesar de pouco valorizado, os idosos referiram o interesse em ampliar o engajamento ocupacional, buscando o relacionamento com os amigos.

Não obstante das alterações em relação ao seu significado, função e grau de intimidade, o papel de amigo parece estar sempre presente nas redes sociais dos indivíduos (ERBOLATO, 2002; DOMINGUES; QUEIROZ; DERNTL, 2007), o que corrobora os resultados desta pesquisa, pois 37% dos idosos referiram o desempenho contínuo nesse papel.

Os pesquisadores da área apontam que o contato com os amigos figura, junto com a interação familiar e com os vizinhos, uma importante oportunidade de convívio e suporte social (ERBOLATO, 2002; DOMINGUES; QUEIROZ; DERNTL, 2007).

As redes de suporte social são apontadas como fontes essenciais de proteção e manutenção da saúde (MATSUKURA; MARTURANO; OISHI, 2002). De forma complementar, alguns autores conferem que as redes de suporte social na velhice promovem a manutenção da independência e o do bem-estar psicológico (RAMOS, 2002; ERBOLATO, 2002; CARNEIRO; FALCONE, 2004; RESENDE et al., 2005; DOMINGUES; QUEIROZ; DERNTL, 2007; NERI, 2008; COUTO; NOVO; KOLLER, 2009).

Os relacionamentos entre amigos idosos são especialmente benéficos, pois resultam da livre escolha e do compromisso voluntário, representando a livre expressão do afeto (ERBOLATO, 2002). Além disso, o convívio com os amigos possibilita a continuidade de papéis, a troca de experiências de vida e expressão de sentimentos e segredos (ERBOLATO, 2002; NERI, 2008; DEPS, 2009a).

Os idosos estudados referiram que mantêm o contato com os amigos, predominantemente, durante a realização de atividades de lazer. Com base nesse resultado e das considerações acima expostas, é fundamental o planejamento e/ou incentivo de programas que promovam o relacionamento geracional e intergeracional. As Universidades da Terceira Idade e os centros de convivência são opções viáveis e eficientes que, através de atividades em grupo, podem ampliar as possibilidades de interação social.

Debatendo ainda a desigualdade na valorização do papel de amigo, merece enfatizar que esse papel apresentou os menores escores de concordância na validação do instrumento *Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais*, no Brasil (CORDEIRO, 2005). Na ocasião, Cordeiro (2005) destacou que as alterações nas respostas poderiam ter ocorrido por causa de dúvidas em relação a própria definição do papel ou pela composição da amostra, que foi formada por indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, com índices elevados de ansiedade e depressão de mínima a grave.

Ademais, não podemos desprezar o fato de que, além da divergência cultural, os idosos estudados apresentaram menores índices de escolaridade e renda do que os idosos participantes dos estudos internacionais, podendo assim produzir diferenças na percepção do engajamento e valorização do papel ocupacional como um todo (ELLIOTT; BARRIS, 1987; WATSON; AGER, 1991; MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007).

Os idosos estudados atribuíram menor importância ao papel de participante em organizações, assim como evidenciado pela literatura (ELLIOTT; BARRIS, 1987; WATSON; AGER, 1991; MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007).

Em relação ao padrão de desempenho de papéis ocupacionais, foi averiguado que a maioria dos idosos não desempenharam o papel de estudante, voluntário, religioso e participante em organizações, tanto no passado quanto no presente, e, também, não pretendem no futuro.

Vale lembrar que o esquema de tempo utilizado no estudo consiste em:

- passado: se refere ao período dos 40 aos 60 anos;
- presente: inclui o dia de hoje e os sete dias anteriores;
- futuro: é qualquer momento a partir de amanhã.

O papel de estudante obteve maior pontuação no padrão *Ausente* devido, provavelmente, ao esquema de tempo utilizado, pois é socialmente esperado um maior investimento aos estudos durante o período mais jovem da vida, enquanto que na idade madura espera-se uma maior responsabilidade civil e social e, na velhice, o afastamento da vida social ativa (ERIKSON, 1998; KIELHOFNER, 2002).

No que se refere ao papel de voluntário é importante considerar que, apesar do voluntariado representar uma prática tradicional no Brasil, mesmo que de forma invisível, religiosa e assistencial, foi somente nas últimas décadas, principalmente, após ter sido legislada (BRASIL, 1998), que seu significado e sua dinâmica de atuação sofreram transformações e ganharam nova visibilidade (LOPES, 2006; SOUZA, 2007).

Considera-se, portanto, que grande parte dos idosos estudados não desempenharam o papel de voluntariado ao longo da vida, por ser uma prática popular recente. Além da valorização cultural, os pesquisadores apontam que maiores índices de renda e escolaridade contribuem para um maior engajamento nessa atividade (LOPES, 2006; SOUZA, 2007), o que também pode ter determinado os resultados do presente estudo.

Entre os idosos o advento da aposentadoria é um dos fatores que colabora com o interesse pelo voluntariado. Dessa forma, com o aumento da longevidade, o trabalho voluntário deve ser estimulado como mais uma das possibilidades de promoção de envelhecimento ativo, uma vez que beneficia o idoso no aumento da interação social e o do bem-estar psicológico, ao mesmo tempo que oferece relevante contribuição para as comunidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Em relação ao papel de participante em organizações, segundo Motta (2006), o Brasil, apesar de ser uma sociedade coletivista, por toda a sua história política e social pautada no distanciamento do poder, não possui uma cultura participativa. Portanto, a influência cultural pode ter contribuído com o menor engajamento dos idosos nesse papel ocupacional, nos tempos passado, presente e futuro.

Grande parte dos idosos referiram como *Ausente* o papel de Religioso, mas isso não significa que não são religiosos. O instrumento *Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais* apresenta certa limitação, na medida que não considera a participação nos cultos, mesmo que de forma regular, e a realização de atividades contemplativas como organizadoras do cotidiano. Dessa forma, não avalia esse envolvimento como um papel ocupacional.

Na velhice, geralmente, as atividades religiosas contemplativas, como fazer orações, preces, rezar o terço (haja vista o considerável contingente de católicos no estudo), ouvir ou assistir os cultos pela rádio ou televisão, etc., se destacam em detrimento da participação religiosa ativa, devido as alterações físicas e sociais que ocorrem com o passar dos anos (SOUZA, 2007).

Um número expressivo de idosos assinalaram o papel de cuidador como *Ausente* (30%) ou *Perda 1* (28%), ou seja, não realizam o papel de cuidador ao longo dos anos ou só realizaram no passado. A semelhança entre os dois padrões de desempenho pode estar relacionada com o equilíbrio entre os gêneros, pois as atividades envolvidas no papel de cuidador são, predominantemente, consideradas femininas (FREIRE; NERI, 2009; GUTIERREZ; MINAYO, 2010). Além disso, apesar do aumento do número de idosos cuidadores, em geral, a responsabilidade do cuidado ocorre na vida adulta com a criação dos filhos (FREIRE; NERI, 2009).

Os papéis de serviço doméstico, membro de família e passatempo / amador foram apontados, por grande parte dos idosos, como papéis contínuos ao longo do curso de vida. De fato esses papéis são habitualmente os mais desempenhados (ELLIOTT; BARRIS, 1987; WATSON; AGER, 1991; MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007), com exceção ao papel de passatempo / amador, que pode permanecer ausente ou disperso durante a fase adulta, em virtude de um maior investimento na carreira profissional e doméstica, o que inclui o cuidado com os filhos (FERRARI, 2007; FREIRE; NERI, 2009).

O papel de amigo apresentou uma certa variação nos padrões de desempenho, com maior evidência nos padrões *Contínuo 2* e *Ausente*. Frente a essa variação, pode-se afirmar que os idosos não apresentaram um comportamento típico ou, ainda, supor que o significado desse papel não está muito claro para os idosos da nossa cultura.

O papel de trabalhador foi o único que apresentou maior destaque no padrão *Perda 1*, ou seja, que foi realizado somente no passado, o que está de acordo com a literatura da área, pois nessa etapa da vida, em regra, ocorre a transição da vida produtiva do trabalho para a aposentadoria (GREGORY, 1983; ELLIOTT; BARRIS, 1987; WATSON; AGER, 1991; MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007; FERRARI, 2000, 2007; SOUZA, 2007; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008; ALVARENGA et al., 2009).

Essa transição pode ser demarcada por benefícios ou malefícios, a depender da concepção que o indivíduo e a sociedade atribuem à aposentadoria (SOUZA, 2007; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008; ALVARENGA et al., 2009).

De modo geral, a visão negativa da aposentadoria associada a inatividade, improdutividade e desengajamento social vem sendo desmistificada (SOUZA, 2007; FERRARI, 2007; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Os investimentos em programas de pré-aposentadoria (PPP) visando, sobretudo, a administração financeira, reorganização da rotina e alternativas para a ocupação do tempo de forma criativa devem ser encorajados em nossa sociedade (BULLA; KAEFER, 2003; FERRARI, 2007; MUTCHNIK, 2010).

5.5 Papéis ocupacionais e dados demográficos, socioeconômicos e de saúde

Perante a escassez de estudos sobre o tema, com o intuito de apreender comportamentos e tendências, haja vista que os papéis ocupacionais se modificam ao longo do tempo (BLACK, 1976; BRÄNHOLM; FUGL-MEYER, 1992; HAKANSSON et al., 2005), ressalta-se alguns resultados exploratórios.

Na análise isolada de cada variável demográfica, socioeconômica e de saúde ao longo do tempo, foi constatada uma diversidade no comportamento ocupacional dos idosos, evidenciando a heterogeneidade desse segmento etário no que tange a sua responsabilidade e posição social. Esse resultado está em consonância com o posicionamento de muitos autores, que descrevem que o desempenho de papéis sofre a influência de aspectos como a idade, gênero, condições de vida e de trabalho, classe social, cultura, dentre outros

fatores (BLACK, 1976; BRÄNHOLM; FUGL-MEYER, 1992; HAKANSSON et al., 2005; PAPALÉO NETTO, 2002, 2007b; NERI, 2008; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Assim, torna-se notória a importância de se conhecer o histórico ocupacional dos idosos para a realização de ações de saúde, nos diferentes níveis de intervenção, tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Esse apontamento desperta para a existência de potenciais de atuação para o terapeuta ocupacional que, junto de uma equipe interdisciplinar, pode subsidiar estratégias para a promoção da saúde, ao valorizar os aspectos da vida cotidiana e os papéis ocupacionais envolvidos (SANTOS, 2012).

Na comparação entre os subgrupos das variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde, os papéis ocupacionais estiveram associados com diversos fatores nos três tempos. No passado as variáveis evidenciadas foram o gênero, estado civil, escolaridade, renda, arranjo familiar e presença de doenças. No presente verificou-se associação com o gênero, idade, escolaridade, renda, situação ocupacional e prática de atividade física. No futuro os fatores evidenciados foram a escolaridade, renda, situação ocupacional e prática de atividade física.

Na comparação dos papéis ocupacionais com o gênero, constatou-se diferenças no envolvimento de alguns papéis, como evidenciado pela literatura (MCKINNON, 1992; STANLEY, 1995; SILVA; GÜNTHER, 2000; ERBOLATO, 2002; FREIRE; NERI, 2009; RIBEIRO et al., 2009).

Na consideração do tempo passado, os homens estavam mais envolvidos nos papéis de trabalhador e as mulheres nos papéis de cuidador, serviço doméstico e membro de família. Esses resultados refletem a influência das demarcações entre gênero, produzida pela expectativa sociocultural, que associa o universo masculino ao domínio público e o feminino ao mundo privativo da casa (FERNANDES, 2009; GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

No tempo presente houve diferença significativa somente no papel de trabalhador para os homens, ao passo que, no tempo futuro não foi constatado nenhuma, evidenciando que as diferenças entre os gêneros diminuíam com o passar dos anos. Com o advento da aposentadoria é esperado que os homens passem a dividir as responsabilidades dos cuidados da casa com as mulheres, aumentem sua participação em reuniões familiares e/ou empregem mais tempo aos cuidados da esposa.

No que se refere a idade, não foi verificada diferenças significativas entre os grupos estudados, com exceção para o papel de membro de família no tempo presente. Os idosos de 70 a 74 anos estão mais engajados com o papel de membro de família, quando comparados aos grupos de 75-79 anos e de 80-84 anos. Uma hipótese para esse achado pode

estar relacionada a menor probabilidade de viuvez na faixa de idade mais jovem. Contudo, a desigualdade existente entre as amostras pode encobrir outras diferenças entre os grupos.

Ainda em relação a idade, apesar de não ter avaliado especificamente o envolvimento nos papéis ocupacionais, McKenna, Broome e Liddle (2007) não verificaram nenhuma relação significativa no número de papéis ocupacionais com as categorias de idade (65-74, 75-84 e acima dos 85 anos). Ribeiro e colaboradores (2009), na análise da relação entre faixa etária e realização de atividades, evidenciaram que os idosos mais velhos realizam com menor frequência as atividades instrumentais da vida diária, contudo, não verificaram diferenças entre os grupos (60-69, 70-79 e acima dos 80 anos) nas práticas das atividades físicas, sociais e intelectuais.

Em relação ao estado civil, foi averiguado que os idosos não casados tiveram maior engajamento nos papéis de estudante, voluntário e amigo do que os idosos casados. Talvez a presença dessa diferença esteja associada com a maior autonomia dos idosos não casados para desempenhar papéis externos. Outro fator a ser destacado é que o grupo dos não casados é predominantemente formado por mulheres, o que pode ter influenciado no resultado final, uma vez que as mulheres do presente estudo apresentaram maior escolaridade e, de acordo com a literatura, estão mais envolvidas em papéis socioemocionais (DOLL et al., 2007).

A maior escolaridade esteve relacionada com o engajamento nos papéis de estudante, voluntário, amigo e participante em organizações no tempo passado. Os idosos com índices mais elevados de escolaridade podem estar em posição mais privilegiada, no tocante a aquisição de informações e conscientização de questões políticas e sociais. Além disso, podem possuir maior disponibilidade de dinheiro para o envolvimento em atividades sociais, uma vez que a maior escolaridade, geralmente, está associada a melhor renda (SILVA; GÜNTHER, 2000). Especificamente em relação ao papel de voluntário, a literatura ratifica que maiores índices de escolaridade contribuem para o desenvolvimento desse papel (LOPES, 2006; SOUZA, 2007).

Nos tempos presente e futuro a maior escolaridade esteve associada ao papel de cuidador. Apesar de não ter dados na literatura que sustentem esse resultado, pode-se supor que os idosos com maior grau de instrução conseguem ter melhor percepção das necessidades do outro e compreender a importância do suporte social, em face dos idosos com menores índices de escolaridade.

Os idosos com índices elevados de renda apresentaram maior desempenho nos papéis de estudante e participante em organizações no tempo passado. O engajamento

significativo no papel de estudante reforça a relação da escolaridade com a renda (SILVA; GÜNTHER, 2000). Em relação ao papel de participante em organizações presumi-se que os idosos com maior renda podem apresentar maior status social do que os idosos com menor renda e, dessa forma, integrar organizações.

Nos tempos presente e futuro os idosos com maior renda apresentaram diferenças significativas no engajamento dos papéis de voluntário, cuidador, membro de família e religioso. Ribeiro e colaboradores (2009) evidenciaram diferenças entre a realização de atividades e o nível de renda, indicando que os idosos com maior renda relatam maior participação nas atividades ocupacionais, o que está de acordo com os achados do presente estudo.

Em relação a situação ocupacional, constatou-se que os idosos ativos estão mais envolvidos nos papéis de religioso no presente e de trabalhador e religioso no futuro, do que os inativos. Tais remetem estudos mais aprofundados e extensos, uma vez que não puderam ser confirmados pela literatura. Uma reflexão inicial, referente à amostra estudada, permite supor que os idosos ativos possuem maior disposição para o envolvimento em atividades, pois apresentaram uma perspectiva mais positiva da vida, o que foi demonstrado através da obtenção de maiores escores em grande parte dos domínios do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

Em contrapartida, os idosos ativos apresentaram pior pontuação no domínio morte e morrer, justificando, em parte, o engajamento no papel religioso, pois, com a proximidade da morte, os idosos podem buscar na religião conforto espiritual para enfrentar a finitude (GOLDSTEIN, 2009).

Os idosos que moram sozinhos desempenharam mais no passado os papéis de estudante e voluntário do que os idosos que moram acompanhados. É difícil explicar esse fato somente com os dados coletados, pois o presente estudo não investigou suficientemente as circunstâncias que cercavam os idosos no passado. De qualquer forma, além do desequilíbrio amostral entre os grupos, que pode ter exercido distorções no resultado, pode-se levantar três possíveis hipóteses para o maior engajamento dos idosos que moram sozinhos: maior disponibilidade de tempo para a realização de tarefas extradomiciliares; maior autonomia para a escolha de atividades; e busca de oportunidades para o relacionamento interpessoal.

Em relação a sintomatologia depressiva não foram verificadas diferenças significativas entre os grupos, o que corrobora o estudo recentemente realizado por Santos (2012). A escassez de estudos abrangentes com relação a questão demandam a necessidade de mais pesquisas, sendo certo que vários autores evidenciam a sintomatologia depressiva como

influência negativa em todas as fases da vida, inclusive na velhice (BLAZER et al., 1991; XAVIER et al., 2001; DAMURA; SATO, 2003; BLAZER, 2003, 2009; NAUMANN; BYRNE, 2004; TRENTINI, 2004; FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; GAUTAM; SAITO; KAI, 2007; FARENZENA et al., 2007; BOTTINO; APARÍCIO, 2007; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008; TRENTINI; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008; CHACHAMOVICH et al., 2008a; ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009; LIMA; FLECK, 2009; TRENTINI et al., 2010; GONÇALVES; ANDRADE; 2010; BLAY; MARCHESONI, 2011).

Os idosos que referiram possuir doenças apresentaram maior engajamento no papel de estudante no passado. Vale lembrar que o tempo passado foi analisado superficialmente, portanto, não há elementos suficientes para se obter uma conclusão objetiva. A título exploratório dos dados, pode-se supor que os idosos com maiores níveis de escolaridade possuem maior informação sobre doenças e suas consequências, sendo assim, maior facilidade para expressar seus sintomas, na obtenção de diagnósticos, além de possuírem melhores oportunidades de acesso a serviços para tratamento e acompanhamento terapêutico.

No que se refere a prática de atividade física, os idosos que não exercem essa prática referiram maior engajamento no papel de trabalhador no presente e no futuro, e de religioso no presente, enquanto que os idosos que praticam atividades físicas pretendem constituir maior engajamento no papel de amigo no futuro. Uma hipótese para esse fato está fundada na concepção de que os idosos que permanecem no mercado de trabalho podem não ter disponibilidade de tempo e energia para se dedicarem as atividades físicas. Conforme dito anteriormente, o papel de trabalhador teve grande incidência de relato de dificuldades. Quanto ao papel de religioso e amigo, não temos perspectiva dos fatos para explicar essa ocorrência, mas pode estar relacionada a busca por suporte social.

5.6 Qualidade de vida

No geral, o grupo de idosos estudados obteve escores elevados de qualidade de vida, tanto no WHOQOL-BREF quanto no WHOQOL-OLD.

Em relação ao WHOQOL-BREF, os resultados do trabalho superaram os apresentados em outros estudos brasileiros com amostras gerais de idosos, ou seja, não especificamente associados a grupos de doenças ou gênero (FARENZENA et al., 2007; BLAY; MARCHESONI, 2011). A composição amostral do estudo em tela envolveu um número proporcionalmente maior de homens do que os estudos comparados, o que pode ter

acentuado a maior pontuação em todos os domínios de qualidade de vida, haja vista que os pesquisadores afirmam que os homens, geralmente, apresentam melhores escores de qualidade de vida do que as mulheres (SPRANGERS et al., 2000; BURSTRÖM; JOHANNESSON; DIDERICHSEN, 2001; MCDONOUGH; WALTERS, 2001; GARRIDO et al., 2003; DAMURA; SATO, 2003; TOMÉ; DYKES; HALBERG, 2004; JAKOBSSON; HALLBERG; WESTERGREN, 2004; PEREIRA et al., 2006; MORAES; WITTER, 2007; NERI, 2007; PIMENTA et al., 2008; LIMA et al., 2009; FALLER et al., 2010; SOARES et al., 2010; BLAY; MARCHESONI, 2011).

Além disso, a pesquisa de Blay e Marchesoni (2011) envolveu idosos que referiram alto número de doenças, com média de $4,76 \pm 2,17$ doenças, enquanto que, no presente estudo, a média foi de $1,0 \pm 1,1$. Portanto, a diferença nos escores também pode estar associada ao fato da amostra ter contado com um maior número de idosos saudáveis.

A avaliação Global do WHOQOL-BREF foi bastante positiva. Essa avaliação é constituída por duas questões gerais de qualidade de vida: uma sobre como a pessoa avalia a sua qualidade de vida e a outra o quanto está satisfeito com a sua saúde, o que, em parte, pode justificar os escores elevados de todos os domínios de qualidade de vida, a percepção favorável sobre a saúde e o número reduzido de doenças referidas.

Em relação aos domínios do WHOQOL-BREF, de forma contrária aos estudos de qualidade de vida na velhice, que descrevem predominantemente maiores escores no domínio Relações sociais (FARENZENA et al., 2007; ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009; SOARES et al., 2010; BLAY; MARCHESONI, 2011), foi encontrado uma maior pontuação no Psicológico. O domínio Psicológico é composto por 6 questões relacionadas com sentimentos positivos, negativos, auto-estima, aspectos cognitivos e enfrentamento da vida.

A partir dessa constatação, pode-se pressupor que os idosos estudados apresentam um envelhecimento bem-sucedido, já que possuem mecanismos psicológicos eficientes para adaptação frente às mudanças associadas ao envelhecimento (NERI, 2008).

O domínio Relações sociais apresentou grande variação entre as pontuações máxima e mínima, evidenciando a diversidade na percepção dos itens desse domínio, pelos sujeitos estudados. Esse domínio é formado por apenas 3 questões sobre a satisfação no relacionamento com amigos, parentes, conhecidos e colegas, ao apoio que recebe dos amigos e a satisfação com a vida sexual. Em relação ao item *satisfação sexual*, assim como evidenciado em outro estudo (CASTRO, 2007), foi notado que os idosos se sentiram, de alguma forma, constrangidos em responder essa questão, o que pode ter interferido no resultado desse domínio.

Além disso, durante o desenvolvimento do instrumento WHOQOL-BREF, o domínio Relações sociais obteve os menores índices de consistência interna e validade de critério (FLECK et al., 2000; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

O domínio Físico apresentou um valor elevado na mediana, demonstrando que parte dos idosos apresenta pontuações acima da média do grupo. Esse resultado fortalece que a amostra deste estudo foi formada por idosos que se consideram independentes e hígidos, uma vez que esse domínio inclui 7 questões relativas a dor / desconforto, dependência de medicamentos e/ou tratamentos, capacidade para a realização das atividades cotidianas e de trabalho, mobilidade, disposição, sono e repouso.

O domínio do WHOQOL-BREF com a menor média foi o Meio Ambiente. Esse domínio envolve 8 questões sobre segurança, ambiente físico, condições financeiras, oportunidades de saúde, infra-estrutura e participação em atividades de lazer. Os dois itens que tiveram menor pontuação foram o de possuir dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades, seguido pela oportunidade para o engajamento em atividades de lazer. De modo geral, os idosos se queixam do rebaixamento das aposentadorias com o passar dos anos e, apesar de terem o papel de passatempo / amador, gostariam de ter mais oportunidades para o desenvolvimento de atividades de lazer.

Segundo Lawton (1983) e Neri (2004), a qualidade de vida na velhice está relacionada com a existência de condições ambientais favoráveis para a competência comportamental do indivíduo, nos âmbitos biológico, psicológico e social. Portanto, um maior investimento em serviços voltados para as necessidades dos idosos pode promover melhor qualidade de vida a essa população.

Em relação ao WHOQOL-OLD, é importante destacar que no Brasil a sua validação ocorreu recentemente (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006). Além disso, o Grupo WHOQOL aconselha o seu uso combinado com o WHOQOL-BREF, necessitando, por vezes, de uma maior dedicação de tempo por parte dos pesquisadores e idosos (CHACHAMOVICH et al., 2008a). Considerado esses dois aspectos, temos que são escassas as publicações que utilizaram o WHOQOL-OLD, portanto, há poucos estudos para a comparação com os resultados da pesquisa em exame.

De qualquer forma, os resultados de todas as facetas do WHOQOL-OLD superaram a dos estudos de base populacional disponíveis na literatura (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006; SOARES et al., 2010). Vale destacar que a composição amostral da pesquisa em tela possui equilíbrio entre os gêneros, o que não

ocorreu na pesquisa de Fleck, Chachamovich e Trentini (2006) e de Soares e colaboradores (2010), essa última formada somente por mulheres.

A faceta que obteve o maior escore médio foi a Funcionamento dos sentidos, o que apoia os dados da literatura (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006; SOARES et al., 2010). Essa faceta, que avalia as perdas na audição, paladar, visão, tato e olfato, e suas possíveis consequências na vida diária, também apresentou a maior mediana, indicando que a maioria dos idosos alcançaram escores acima da média do grupo. De fato, os sujeitos da pesquisa são idosos independentes, de acordo com a Escala de Katz.

A faceta Morte e morrer, relacionada a preocupações e medos acerca da morte e do morrer, apresentou a menor média e o maior desvio padrão, assim como em alguns estudos (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006; CHACHAMOVICH et al., 2008a; FIGUEIRA et al., 2009). Essa faceta, do mesmo modo que a faceta Intimidade, obteve a maior diferença entre as pontuações máxima e mínima, evidenciando a falta de concordância na avaliação subjetiva dos idosos com as questões relacionadas à finitude e intimidade. No que tange a faceta intimidade, é importante recordar que 30% dos indivíduos estudados não são casados.

5.7 Qualidade de vida e dados demográficos, socioeconômicos e de saúde

A literatura que aborda os fatores associados com a qualidade de vida de idosos é extensa. No presente estudo, serão discutidas somente as variáveis que apresentaram diferenças significativas nos domínios do WHOQOL-BREF e nas facetas do WHOQOL-OLD.

De maneira geral, os idosos casados possuem maiores escores de qualidade de vida do que os não casados (SPRANGERS et al., 2000; PIMENTA et al., 2008; LIMA et al., 2009; FALLER et al., 2010), reforçando a importância da rede e apoio familiar para o idoso (FALLER et al., 2010). Entretanto, os resultados da pesquisa em exame contrastaram essa tendência, apoiando outros estudos em que foram verificados melhores escores em idosos não casados (TRENTINI, 2004; ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009; TRENTINI et al., 2010). Curiosamente, a faceta *Funcionamento dos sentidos* foi a que mais se sobressaiu na comparação do estado civil. Apesar de não haver evidências na literatura sobre essa diferença especificamente, pode-se inferir que os idosos não casados podem ter menos oportunidades de contato diário e, assim, menor retorno em relação a real capacidade de seus sentidos. Além

disso, não se pode ignorar a existência da diferença amostral e do maior predomínio de mulheres no grupo dos não casados, que também podem ter influenciado os resultados.

Na maioria dos domínios do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, os níveis elevados de escolaridade esteve associado com maiores escores de qualidade de vida, confirmando o posicionamento da literatura (SPRANGERS et al., 2000; TRENTINI, 2004; TRENTINI; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008; ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009; LIMA et al., 2009; TRENTINI et al., 2010). Como esperado, o domínio Meio ambiente apresentou um maior destaque, haja vista que, geralmente, as pessoas com maior escolaridade possuem maior renda e melhores condições de vida (SILVA; GÜNTHER, 2000).

Como evidenciado na literatura, os idosos com maior renda tiveram melhores pontuações nos domínios de qualidade de vida, com maior destaque no domínio meio ambiente e faceta morte e morrer. Esses resultados podem estar associados a maiores e melhores oportunidades de acesso à informações, bens e serviços (MARTINS et al., 2007; IRIGARAY; TRENTINI, 2009; NERI, 2009).

Em relação a situação ocupacional, os idosos ativos, ou seja, que permanecem em atividade profissional, apresentaram melhores escores em grande parte dos domínios de qualidade de vida, principalmente na avaliação global do WHOQOL-BREF.

A avaliação global é composta por duas questões, uma sobre a auto avaliação da qualidade de vida e a outra sobre a satisfação com a saúde. Os idosos ativos pontuaram mais do que os idosos inativos em ambas as questões, mas a diferença foi maior na segunda questão, sugerindo que, os idosos ativos profissionalmente, possuem uma condição e/ou percepção mais positiva de sua saúde. No entanto, outros estudos devem ser realizados para a confirmação desse resultado, já que não se pode ignorar a existência da diferença amostral entre os grupos ativo e inativo.

Além disso, o trabalho sempre foi considerado fundamental para o desenvolvimento pessoal e reconhecimento social (BULLA; KAEFER, 2003). Uma hipótese para o resultado acima exposto pode estar no fato de que os idosos ativos se sentem, de alguma forma, mais valorizados e úteis para a sociedade como um todo, uma vez que a atividade favorece a obtenção de satisfação pessoal e confere significado a existência humana (DEPS, 2009a).

Os idosos que moram sozinhos tiveram melhores resultados em todos os domínios de qualidade de vida, exceto o Intimidade. Na faceta autonomia alcançaram um

escore significativamente mais alto, o que de fato é compreensível. A autonomia é um aspecto fundamental no bem-estar do idoso e, portanto, deve ser sempre permitida e encorajada (DEPS, 2009a).

A literatura ratifica em parte esses resultados, pois, apesar do convívio familiar ser favorável à saúde, principalmente, no que se relaciona ao suporte social, (ANDERSON et al., 1998; DOMINGUES; QUEIROZ; DERNTL, 2007; ARANTES et al., 2010), morar sozinho não significa um problema em si, uma vez que pode ser um indicativo de velhice bem-sucedida, 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.m, 2010).

Mesmo com número desproporcional de idosos com e sem sintomatologia depressiva, os resultados do presente estudo demonstraram que os idosos com sintomas de depressão pontuaram menos em todos os domínios do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, sendo que em 10, dos 12 domínios de qualidade de vida, a diferença entre os grupos foi significativa, evidenciando claramente a associação negativa da presença de sintomas depressivos com a qualidade de vida, como ratificado pelos pesquisadores da área (BLAZER et al., 1991; XAVIER et al., 2001; DAMURA; SATO, 2003; BLAZER, 2003, 2009; NAUMANN; BYRNE, 2004; TRENTINI, 2004; FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; GAUTAM; SAITO; KAI, 2007; FARENZENA et al., 2007; BOTTINO; APARÍCIO, 2007; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008; TRENTINI; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008; CHACHAMOVICH et al., 2008a; ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009; LIMA; FLECK, 2009; TRENTINI et al., 2010; GONÇALVES; ANDRADE, 2010; BLAY; MARCHESONI, 2011).

5.8 Relações entre papéis ocupacionais e qualidade de vida

Os resultados do presente estudo demonstram que há correlação significativa entre algumas variáveis dos papéis ocupacionais com a qualidade de vida, como evidenciado pelos pesquisadores Elliott e Barris (1987) e McKenna, Broome e Liddle (2007). É importante destacar que o fato de existir uma correlação não significa que uma variável seja causa ou consequência da outra, mas denota uma relação nos dois sentidos (DORIA FILHO, 1999).

No tocante ao padrão de desempenho, os padrões Perda 2, Ganho 1 e Mudança não se correlacionaram com a qualidade de vida, contudo, também não foram evidenciados como padrões típicos dos idosos estudados.

Os padrões Perda 1, Ganho 2, Contínuo 1 e Ausente se correlacionaram negativamente com alguns domínios de qualidade de vida. Os padrões Ganho 2 e Contínuo 1 foram poucos citados pelos idosos, todavia, os padrões Perda 1 e Ausente foram fortemente mencionados. Dessa forma, apesar de correlações de baixas intensidades, pode-se inferir que desempenhar papéis somente no tempo passado ou não desempenhá-los, no decorrer dos anos, está associado com menores escores na faceta Intimidade e domínio Meio ambiente, respectivamente.

Analisando especificamente o padrão Perda 1, não se pode afirmar que os resultados do estudo se contrapõem a Teoria do Desengajamento, uma vez que somente o domínio Intimidade esteve relacionado com esse padrão. O postulado clássico da Teoria do Desengajamento sustenta que o decréscimo natural das interações sociais e a perda de papéis com o envelhecimento proporcionam maior felicidade aos indivíduos que, nessa fase, estão voltados para o enfiamento subliminar do final da vida (DOLL et al., 2007).

Em contrapartida, o padrão Contínuo 2, referente ao desempenho de papéis ocupacionais no passado, presente e futuro, foi o único que se correlacionou positivamente com vários domínios de qualidade de vida (Psicológico, Relações sociais, Meio ambiente, Funcionamento dos sentidos, Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Intimidade e Geral Old), evidenciando que o engajamento ativo está associado a melhores escores de qualidade de vida. Esses resultados corroboram a perspectiva de Rowe e Kahn (1987), na medida em que compreende a manutenção das relações sociais e das atividades produtivas como um dos elementos do envelhecimento bem-sucedido.

As correlações do passado, presente e futuro com os domínios de qualidade de vida foram todas de fracas magnitudes, porém positivas. Dessa forma, um maior número de papéis ocupacionais no passado, presente e futuro estão associados com melhores escores de qualidade de vida, pelo menos em alguns domínios. Esses achados apoiam a Teoria da Atividade, que é baseada na hipótese de que os idosos ativos são mais satisfeitos e bem ajustados do que aqueles que são passivos, além disso, afirma que os idosos buscam atividades compensatórias para substituir os papéis perdidos, o que visa a manutenção do seu lugar na sociedade (DOLL et al., 2007).

Em relação ao grau de importância, foi verificado que atribuir nenhum ou algum valor aos papéis ocupacionais está relacionado negativamente com a qualidade de vida, enquanto que aferir muita importância está positivamente associado com os domínios da qualidade de vida, com exceção do Físico, Funcionamento dos sentidos, Morte e Morrer e Intimidade. O estudo realizado por Elliott e Barris (1987) também evidenciou a correlação entre o grau de importância dos papéis ocupacionais e a satisfação com a vida.

5.9 Limitações do estudo e futuras pesquisas

O presente estudo envolveu uma amostra pequena e específica, de idosos pertencentes a faixa etária dos 70 aos 84 anos, participantes de uma associação de aposentados, de uma cidade de médio porte, do interior de São Paulo. Por isso, estudos epidemiológicos necessitam ser realizados para possibilitar a generalização dos dados observados e a ampliação do conhecimento acerca dos papéis ocupacionais desempenhados, seus fatores determinantes e relação com a qualidade de vida na população idosa brasileira. Apesar da dificuldade de seguimento, é interessante a realização de estudo de coorte para o acompanhamento de tendências e trajetórias do processo de envelhecimento. Os métodos qualitativos de pesquisa também podem ser realizados para explorar o comportamento ocupacional dos indivíduos nos diferentes contextos.

Para a mensuração dos papéis ocupacionais foi utilizado o instrumento *Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais*, que propõe avaliar de forma objetiva e rápida os papéis desempenhados pelos indivíduos no *continuum* da vida e o valor atribuído aos papéis no tempo presente. O instrumento padroniza a forma de coleta e análise dos dados, possibilitando a comparação dos resultados com outros estudos. Entretanto, ainda é pouco utilizado no Brasil e necessita de mais estudos para avaliar a sua sensibilidade à mudanças, no caso de reavaliação (CHAVES et al, 2010), e adequação cultural.

A longa duração da entrevista e o esquema de tempo utilizado para definir passado, presente e futuro, também podem ser assinalados como uma limitação do estudo. Em contrapartida, apesar da não submissão do roteiro de entrevista sobre os papéis ocupacionais para a avaliação de juízes e, portanto, necessidade de sua revisão, destaca-se que o uso desse roteiro pode possibilitar um avanço nos estudos sobre os papéis ocupacionais, haja vista que promoveu um maior conhecimento acerca dos motivos que acarretaram as perdas ou ausências de papéis, a qualidade do seu desempenho, dificuldades e benefícios, essenciais

para a intervenção do terapeuta ocupacional e de áreas afins preocupadas com o processo de envelhecimento social.

Além dos avanços empíricos sobre o desempenho de papéis de diversos grupos de idosos em diferentes contextos, a relação entre a escolha de papéis e a satisfação com a vida e dos instrumentos que propõem avaliar a participação social desse grupo etário, são necessárias ampliações teóricas sobre o tema, pois as definições de ocupação, papel, atividade, participação, ativo, e tantas outras definições relacionadas à atuação do homem em seu meio, variam largamente, não apenas na mensuração utilizada, mas também no nível conceitual.

Dessa forma, outros estudos são sugeridos a fim de propiciar aprofundamento teórico e para refutar, confirmar ou levantar outras hipóteses a respeito de quais variáveis podem estar relacionadas com o desempenho dos papéis ocupacionais e de suas relações com a qualidade de vida na velhice.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo apontou a existência de correlação de algumas variáveis do padrão de desempenho, esquema de tempo e grau de importância dos papéis ocupacionais com a qualidade de vida, entretanto, de magnitude modesta.

O padrão de desempenho de papéis ocupacionais *Contínuo 2*, referente ao desempenho de papéis no passado, presente e futuro, se sobressaiu na correlação positiva com vários domínios de qualidade de vida (Psicológico, Relações sociais, Meio ambiente, Funcionamento dos sentidos, Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Intimidade e Geral Old), enquanto que o grau de importância *Alguma importância* se destacou na correlação negativa, também, com diversos domínios (Global, Físico, Psicológico, Relações sociais, Meio ambiente, Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Morte e Morrer e Geral Old).

Os papéis ocupacionais dos idosos sofreram alterações dentro do período de tempo analisado. No geral, ficou evidenciada a perda de papéis entre passado e presente e entre passado e futuro, apesar disso, constatou-se o interesse dos idosos em adquirir papéis na transição do presente para o futuro.

No passado, os principais papéis ocupacionais desempenhados foram de trabalhador, membro de família e passatempo / amador. Os papéis de estudante, participante em organizações e voluntário foram os menos citados pelos idosos.

No presente, os papéis mais desempenhados foram os de passatempo / amador, serviço doméstico e membro de família. Os papéis de estudante, participante em organizações e religioso foram os menos desempenhados.

No futuro, os idosos pretendem manter a sua participação nos mesmos papéis ocupacionais realizados no presente ou ampliá-los, principalmente com relação aos papéis de estudante e amigo.

Em relação ao tempo presente, os idosos estão envolvidos em uma média de $4,4 \pm 1,6$ papéis, sendo que, um número expressivo de idosos refere que escolheu desempenhar os seus papéis. Destaca a satisfação pessoal como o principal benefício no desempenho dos papéis e a dor como a principal dificuldade, especialmente nos papéis de trabalhador e serviço doméstico.

Os idosos valorizam muito todos os papéis ocupacionais, com maior destaque para os papéis de estudante, membro de família e passatempo / amador. Em contrapartida, conferem menor importância ao papel de participante em organizações.

De modo geral, os papéis ocupacionais estiveram associados com os fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde. No passado as variáveis evidenciadas foram o gênero, estado civil, escolaridade, renda, arranjo familiar e presença de doenças. No presente verifica-se associação com o gênero, idade, escolaridade, renda, situação ocupacional e prática de atividade física. No futuro os fatores evidenciados foram a escolaridade, renda, situação ocupacional e prática de atividade física.

No que se refere a qualidade de vida os idosos estudados obtiveram escores elevados, tanto no WHOQOL-BREF quanto no WHOQOL-OLD. A avaliação Geral e o domínio Psicológico tiveram a maior pontuação na avaliação do WHOQOL-BREF e, o domínio Meio ambiente, a menor pontuação. No WHOQOL-OLD a faceta Funcionamento dos sentidos apresentou o melhor escore, enquanto que a faceta Morte e Morrer o pior.

Alguns domínios da qualidade de vida estiveram associados com as variáveis demográficas, socioeconômicos e de saúde, como: estado civil, escolaridade, renda, situação ocupacional, arranjo familiar e sintomatologia depressiva.

Em relação a sintomatologia depressiva houve uma baixa prevalência desse transtorno e não foi constatada a sua associação com os fatores demográficos, socioeconômicas e de saúde, tampouco com o desempenho dos papéis ocupacionais nos tempos passado, presente e futuro.

Diante disto, o presente estudo permitiu o conhecimento sobre o desempenho ocupacional dos idosos no *continuum* da vida, sua qualidade de vida e a relação desses aspectos com os fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde. Além disso, possibilitou visualizar a associação de variáveis dos papéis ocupacionais com a qualidade de vida.

O estudo demonstra relevância, na medida em que atenta para a compreensão do universo ocupacional e de sua influência na vida dos idosos, uma vez que o campo da terapia ocupacional está pautado na promoção da saúde e na participação dos indivíduos, através do envolvimento em ocupações.

Perante a escassez de estudos e a presença de controvérsias sobre o tema em questão, essa pesquisa, de cunho exploratório, pode contribuir para outras áreas do conhecimento, na medida em que vislumbrou a diversidade e complexidade da participação dos idosos na sociedade, e, dessa forma, discutiu o envelhecimento social. Entretanto, esses resultados não nos permitem refutar uma ou outra teoria sociológica, mas enfatizá-las diante da possibilidade que oferecem para a discussão do processo de envelhecimento.

Além disso, o presente estudo indica, mesmo que timidamente, espaço para ações dirigidas de promoção da saúde e a necessidade de se reconhecer a diversidade dos indivíduos para o planejamento de políticas públicas, que visam o envelhecimento ativo.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARTSEN, M. J. et al. Activity in older adults: cause or consequence of cognitive functioning? A longitudinal study on everyday activities and cognitive performance in older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, v. 57, n. 2, p. 153-162, mar. 2002.

AGAHI, N.; AHACIC, K.; PARKER, M. G. Continuity of leisure participation from middle age to old age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, v.61, n. 6, p. 340-346, nov. 2006.

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. de. *Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida*. Tese de Doutorado. São Paulo: USP, 2005. 233 p.

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

ALMEIDA, O. P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*, São Paulo, v. 56, n. 3, 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.

_____. 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. Geriatr. Psychiatry*, v.14, n. 10, p. 858-865. 1999b.

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 OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process. 2nd ed. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 62, n. 6, p. 625- 683, nov./dec. 2008.

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.

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.

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, n. 5, p. 883-896, jun. 2004.

ASHFORD, S.; MCLNTYRE, A., MINNS, T. Estrutura e funções corporais: parte I. In: MCLNTYRE, A.; ATWAL, A. (Orgs.). *Terapia Ocupacional e a terceira idade*. Tradução de Maria Cecília Brandão. São Paulo: Editora Santos, 2007, cap. 6. p.105-129.

AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS. *Basic Time use survey, Australia*. Confidentialist unit record file (information paper). Canberra: Australian Bureau of Statistics; 1997. [ABS Catalogue nº 4151.0].

AVIS, N. E. et al. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Quality of Life Research*, v. 13, n. 5, p. 933-946, jun. 2004.

BANCO INTERNACIONAL PARA A RECONSTRUÇÃO E O DESENVOLVIMENTO. *Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional sobre crescimento econômico, redução da pobreza, finanças públicas, prestação de serviços*. Washington: Banco Mundial, 2011. 62 p. Disponível em: http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf

BARRETO, K. M. L.; TIRADO, M. G. A. Terapia Ocupacional. In: FREITAS E. V. et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 104, p. 866-871.

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.

BATISTONI, S. S. T. Depressão. In: NERI, A. L (Org.). *Palavras-chave em gerontologia*. 3. ed. Campinas: Editira Alínea, 2008. p. 59-62.

BATTINI, E.; MACIEL, E. M.; FINATO, M. da S. S. Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 23, n. 4, p. 455-462, out./dez. 2006.

BAVARO, S.M. Occupational therapy and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 45, n. 5, p. 456-458, may. 1991.

BEEKMAN, A. T.; COPELAND, J. R.; PRINCE, M. J. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*, v. 174, p. 307-311, apr. 1999.

BERLIM, M. T. et al. Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. *Quality of Life*, v. 14, n. 2, p. 561-564, mar. 2005.

BERQUÓ, E. Algumas Considerações Demográficas sobre o Envelhecimento da População no Brasil. *Anais do I Seminário Internacional do Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século*. Brasília: MPAS, SEAS, 1996.

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.

BLACK, M. M. The occupational Career. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 30, n. 4, p. 225-228, apr. 1976.

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.

BLAZER D. G. et al. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol*, v. 46, n. 6, p. 210-215, nov. 1991.

BLAZER, D. G. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Bio Sci Med Sci.*, v. 58, n. 3, p. 249-265, mar. 2003.

_____. Depression in late life: review and commentary. *Winter*, v. 7, n. 1, p. 118-136. 2009.

BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, v. 6, n. 2, p. 233-242, jul./dez. 2002.

BORN, t. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Tratado de Gerontologia*. 2. ed., ver. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. cap. 60, p. 743-758.

BOTTINO, C. M. de C.; APARÍCIO, M. A. M. Saúde mental e qualidade de vida na velhice: aspectos psiquiátricos. In: NERI, A. L (Org.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Editora Alínea, 2007. cap. 6, p. 173-188.

BOWLING A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform 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. 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.

BRÄNHOLM, I.B.; FUGL-MEYER, A. R. Occupational role preferences and life satisfaction. *The Occupational Therapy Journal of Research*, v. 12, n. 3, p. 159-171, may/jun. 1992.

_____. On non-work activity preferences: relationships with occupational roles. *Disability and Rehabilitation*, v. 16, n. 4, p. 205-216. 1994.

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

_____. Lei Federal nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências. *Diário Oficial da União (DOU) 19/02/1998*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9608.htm

_____. 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*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: cadernos de atenção básica nº 19 – série A. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.

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.

BROWNE, J. P. et al. Individual quality of life in the health elderly. *Quality of Life Research*, v. 3, n. 4, p. 235-244. 1994.

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.

BULLA, L. C.; KAEFER, C. O. Trabalho e aposentadoria: as representações sociais na vida do idoso aposentado. *Revista Virtual Textos & Contextos*, v. 2, n. 2, p. 1-8, dez. 2003.

BURSTRÖM, K.; JOHANNESSEN, M.; DIDERICHSEN, F. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy*, v. 55, n. 1, p. 51-69, jan. 2001.

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. *Envelhecimento bem-sucedido e participação numa Universidade para a Terceira Idade: a experiência dos alunos da Universidade São Francisco*. Dissertação de Mestrado. Campinas: UNICAMP, 1998. 104 p.

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: Editpra Alínea, 2009, cap. 10, p. 175-194.

CALDAS, C. P. Quarta idade: a nova fronteira da gerontologia. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Tratado de Gerontologia*. 2. ed., ver. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. cap. 12, p. 163-173.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica. In: FREITAS E. V. et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 6, p. 58-71.

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.

CANINEU, P. R. Depressão no idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Tratado de Gerontologia*. 2. ed., ver. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. cap. 24, p. 293-300.

CARLETO, D. G. S. et al. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio e processo. 2. ed. *Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext. Uberaba*, v. 3, n. 1, p. 57-147, jul./dez. 2010. Tradução de: Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process. 2nd ed.

CARNEIRO, R. S.; FALCONE, E. M. de O. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 119-126. 2004.

CARVALHO, J. A. M. de; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, mai./jun. 2003.

CASTRO, P. C. et al. Influência da Universidade aberta da terceira idade (UATI) e do programa de revitalização (REVT) sobre a qualidade de vida de adultos de meia-idade e idosos. *Rev. bras. fisioter.*, São Carlos, v. 11, n. 6, p. 461-467, nov./dez. 2007.

CASTRO, P. C. Efeitos da Fisioterapia nos programas de atenção no processo de envelhecimento sobre qualidade de vida e parâmetros físicos. Dissertação de Doutorado. São Carlos: UFSCar, 2010. 183p.

CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M.; FLECK, M. P. de A. Assessment of the psychometric performance of the WHOQOL-BREF instrument in a sample of Brazilian older adults. *International Psychogeriatrics*, v. 19, n. 4, p. 635-646, aug. 2007.

CHACHAMOVICH, E. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997.

_____. *Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra de idosos brasileiros*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: UFRGS, 2005. 197 p.

CHACHAMOVICH, E. et al. Desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD. In: FLECK, M. P. de A. (Org.). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008a. cap. 9, p. 102-111.

CHACHAMOVICH, E. et al. Brazilian WHOQOL-OLD Module version: a Rasch analysis of a new instrument. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 308-316, abr. 2008b.

CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M. P. de A. Desenvolvimento do WHOQOL-BREF. In: FLECK, M. P. de A. (Org.). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008c. cap. 6, p. 74-82.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 1997; v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997.

CHAVES, M. L. et al. Predictors of normal and successful aging among urban-dwelling elderly Brazilians. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, v. 64, n. 5, p. 597-602, sep. 2009.

CHAVES, G. F. S. et al. Escalas de avaliação para Terapia Ocupacional no Brasil. *Rev. Ter. Ocup. Univ.* São Paulo, v. 21, n. 3, p. 240-246, set./dez. 2010.

COLÓN, H.; HAERTLEIN, C. Spanish translation of the Role Checklist. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 56, n. 5, p. 586-589, sep./oct. 2002.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. *Informações Municipais*. 2011. Disponível em http://www.cnm.org.br/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=94 [acesso em: 28 de nov de 2011].

COPELAND, J. R. Depression of old age: origins of the study. *Br J Psychiatry*, v. 174, p. 304-306, apr. 1999.

CORCORAN, M. A. Work, occupation, and occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 58, n. 4, p. 367-368, jul./aug. 2004.

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.

_____. *Lista de identificação dos Papéis Ocupacionais no Brasil*. Disponível em <http://juniacordeiro.blog.terra.com.br/2010/03/21/lista-de-identificacao-de-papeis-ocupacionais-no-brasil/> [acesso em: 02 de jul de 2010].

CORDEIRO, J. J. R. et al. Cross-cultural reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the Role Checklist for persons with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Occupational Therapy*, v.61, n. 1, p. 33-40, jan./feb. 2007.

COSTA, L. C da. A Estrutura da vida cotidiana: uma abordagem através do pensamento Lukacsiano. *Emancipação*, v. 1, n.1, p. 33-57. 2001.

COUTO, M. C. P de P.; NOVO, R. F.; KOLLER, S. H. Relações entre rede de apoio social, bem-estar psicológico e resiliência na velhice. In: FALCÃO, D. V. da S.; ARAÚJO, L. F. de. (Orgs.). *Psicologia do Envelhecimento*. Campinas: Editpra Alínea, 2009, cap. 2, p. 27-44.

COVINSKY, K. E. et al. Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter?. *Am J Med.*, v. 106, n. 4, p. 435-440, apr. 1999.

CROWE, T.K. et al. Role perception of mothers with young children: the impact of a child's disability. *American Journal of Occupational Therapy*, v.51, n.8, p. 651-661, sep. 1997.

CUPERTINO, A. P. F. B.; ROSA, F. H. M.; RIBEIRO, P. C. C. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica.*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 81-86. 2007.

DAMURA, S.; SATO, S. Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*, v. 22, n. 3, p. 159-166. 2003.

DASGUPTA, K. Treatment of depression in elderly patients: recent advances. *Arch Fam Med.*, v. 7, n. 3, p. 274-280, may/jun. 1998.

DEPONTI, R. N.; ACOSTA, M. A. de F. Compreensão dos idosos sobre os fatores que influenciam no envelhecimento saudável. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.*, v. 15, n. 1, p. 33-52. 2010.

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.

DICKERSON, A. E.; OAKLEY, F. Comparing the roles of community-living persons and patient populations. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 49, n.3, p. 221-228, mar. 1995.

DIENER E. et al. Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Journal of Personality Assessment*, v. 49, n. 1, p. 71-75. 1985.

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. et al. Atividade, Desengajamento, Modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. *Estud. interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, v. 12, p. 7-33. 2007.

DOMINGUES, M. A.; QUEIROZ, Z. P. V.; DERNTL, A. M. As redes sociais na senescência. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Tratado de Gerontologia*. 2. ed., ver. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. cap. 62, p. 771-780.

DORIA FILHO, U. *Introdução à Bioestatística: para simples mortais*. São Paulo: Negócio Editora, 1999. 157p.

DRUMMOND, A. F. Fundamentos da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A., GALVÃO, C. (Org.). *Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 2, p.10-16.

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.

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. 1987.

ERBOLATO, R. M. P. L. Relações sociais na velhice. In: FREITAS E. V. et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap.115, p. 958-964.

ERIKSON, E. H. O ciclo de vida completo. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

EVANS, S. et al. Assessment of quality of life in later life: development and validation of the QuiLL. *Quality of Life Research*, v. 14, n. 5, p. 1291-1300. 2005.

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

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

FARQUHAR, M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc. Sci. Med.*, v. 41, n. 10, p. 1439-1446. 1995.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Sistema FIRJAN. 2011. Disponível em <http://www.firjan.org.br/IFDM/> [acesso em: 28 de nov de 2011].

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.

FERRARI, M. A. C. Kielhofner e o Modelo de Ocupação Humana. *Rev. Ter. Ocup*, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 216-219. 1991.

_____. Ocupando o tempo livre. In: DUARTE, Y. A. de O.; DIOGO, M. J. D. E. (Orgs.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000, cap. 32, p. 461-465.

_____. Lazer, ocupação do tempo livre e os Programas da Terceira Idade. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Tratado de Gerontologia*. 2. ed., ver. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. cap. 20, p. 243-254.

FERREIRA, O. G. L. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Rev. Esc. Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, dec. 2010.

FERRIGNO, J. C. Co-educação entre gerações: do conflito ao desenvolvimento da solidariedade. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Tratado de Gerontologia*. 2. ed., ver. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. cap. 19, p. 233-242.

FIGUEIRA, H. A et al. Quality of life (QOL) axiological profile of the elderly population served by the Family Health Program (FHP) in Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 49, n. 3, p. 368-372, nov. 2009.

FLECK, M. P. de A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28. 1999.

_____. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.

_____. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 431-438. 2002.

FLECK, M. P. de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 5, n. 1, p. 33-38. 2000.

_____. 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. de A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-799, dec. 2003.

_____. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-791, oct. 2006.

FLORIANO, P. de J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 162-170. 2007.

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.

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: Editpra Alínea, 2009, cap. 9, p. 155-174.

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. 2002.

FRIED, L. P. et al. Building communities that promote successful aging. *West J Med.*, v. 167, n. 4, p. 216-219, oct. 1997.

FROSCH, S. et al. The long term effects of traumatic brain injury on the roles of caregivers. *Brain Injury*, v. 11, n. 12, p. 891-906, dec. 1997.

FUNDAÇÃO SEADE. *Informação dos Municípios Paulistas – IMP*. Governo de São Paulo: Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=consulta&action=ano_save#0 [acesso em: 23 de junho de 2011].

GARCIA, E. L. et al. Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Quality of Life Research*, v. 14, n. 2, p. 511-520, mar. 2005.

GARDNER, P. J. Envelhecimento saudável: uma revisão das pesquisas em língua inglesa. *Movimento*, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 69-92, mai./ago. 2006.

GARRIDO, M. A. et al. Quality of life in noninstitutionalized persons older than 65 years in two health care districts in Madrid. *Aten Primaria*, v. 31, n. 5, p. 285-292, mar. 2003.

GAUTAM, R.; SAITO, T.; KAI, I. Leisure and religious activity participation and mental health: gender analysis of older adults in Nepal. *BCM Public Health*, v. 7, n. 299, p. 1-11. 2007.

GNANASEKARAN, L.; MCLNTYRE, A., MINNS, T. Estrutura e funções corporais: parte 2. In: MCLNTYRE, A.; ATWAL, A. (Orgs.). *Terapia Ocupacional e a terceira idade*. Tradução de Maria Cecília Brandão. São Paulo: Editora Santos, 2007, cap. 7. p.130-157.

GOLDSTEIN, L. L. Desenvolvimento do adulto e religiosidade: uma questão de fé. In: NERI, A. L. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*. 8. ed. Campinas: Papyrus, 2009. cap. 3, p. 83-108.

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.

GREGORY, M. D. Occupational behavior and life satisfaction among retirees. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 37, n. 8, p. 548-553, aug. 1983.

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.

GÜNTHER, I. de A. Envelhecimento, relações sociais e ambiente. In: FALCÃO, D. V. da S.; ARAÚJO, L. F. de. (Orgs.). *Psicologia do Envelhecimento*. Campinas: Editora Alínea, 2009, cap. 1, p. 11-26.

GUREJE, O. et al. Determinants of quality of life of elderly Nigerians: results from the Ibadan Study of Ageing. *Afr J Med Med Sci*, v. 37, n. 3, p. 239-247, sep. 2008.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 15, n. 1, p. 1497-1508. 2010.

HACHEY, R.; BOYER, G.; MERCIER, C. Perceived and valued roles of adults with severe mental health problems. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, v. 68, n. 2, p. 112-120, apr. 2001.

HAGEDORN, R. *Fundamentos da prática em Terapia Ocupacional*. Tradução de Vagner Raso. 3. ed. São Paulo: Editora Roca, 2003. 320 p.

HAKANSSON, C. et al. Well-being and occupational roles among middle-aged women. *Work*, v.24, p. 341-351. 2005.

HALLETT, J. D. et al. Role change after traumatic brain injury in adults. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 48, n. 3, p. 241-246, mar. 1994.

HILLMAN, A. M.; CHAPPARO, C. J. An investigation of occupational role performance in men over sixty years of age, following a stroke. *Journal of Occupational Science*, Austrália, v. 2, n. 3, p. 88-99, nov. 1995.

HWANG, H. F. et al. Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. *Age ageing*, v. 32, n. 6, p. 593-600. 2003.

HWANG, J. E. Promoting healthy lifestyles with aging: Development and validation of the Health Enhancement Lifestyle Profile (HELP) using the Rasch measurement model. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 64, n. 5, p. 786-795, sep./ oct. 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].

_____. *Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2010/SIS_2010.pdf [acesso em: 04 de mai de 2010].

_____. *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].

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.

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.

JACKOWAY, I. S.; ROGERS, J. C.; SNOW, T. L. The role change assessment: an interview tool for evaluating older adults. *Occupational Therapy in Mental Health*, v. 7, n. 1, p. 17-37. 1987.

JAKOBSSON, U.; HALLBERG, I. R.; WESTERGREN, A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Quality of Life Research*, v. 13, n. 1, p. 125-136, feb. 2004.

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.

KATZ, S.; AKPOM, C. A. A measure of primary sociobiological functions. *Int J Health Serv.*, v. 6, n. 3, p. 493-508. 1976.

KIELHOFNER, G. *Model of Human Occupation: Theory and Application*. 3rd ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. 577 p.

_____. Respecting both the “occupation” and the “therapy” in our field. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 61, n. 4, jul./aug. 2007.

_____. *Model of Human Occupation: Theory and Application*. 4th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 565 p.

_____. 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.

KIELHOFNER, G.; BURKE, J. P. A Model of human occupation, part 1. Conceptual framework and content. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 34, n. 9, p. 572-581, sep. 1980.

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.

KUBZANSKY, L. D. et al. Is educational attainment associated with shared determinants of health in the elderly? Findings from the MacArthur Studies of Successful aging. *Psychosomatic Medicine*, v. 60, n. 5, p. 578-585, sep./oct. 1998.

LAW, M. Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 56, n. 6, p. 640-649, nov./dec. 2002.

LAWTON, M. P. Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, v. 23, n. 4, p. 349-357. 1983.

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

LEME, L. E. G. A gerontologia e o problema do envelhecimento: visão histórica. In: PAPALÉO NETTO M. (Org.). *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 1996, cap. 1, p. 13-25.

LEON, C. F. M. de; GLASS, T. A.; BERKMAN, L. F. Social engagement and disability in a community population of older adults. *Am. J. Epidemiol.*, v. 157, n. 7, p. 633-642. 2003.

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, A. F. B. da S.; FLECK, M. P. de A. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul*, v. 31, n. 3, supl.0, p. 0-0. 2009.

LIMA, M. G. *Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos: um estudo de base populacional utilizando o SF-36*. Dissertação de Mestrado. Campinas: UNICAMP, 2008. 139 p.

- LIMA, M. G. et al. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2159-2167, out. 2009.
- 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.
- LOHMANN, N. A factor analysis of life satisfaction, adjustment and morale measure with elderly adults. *International Journal of Aging and Human Development*, v. 11, n. 1, p.35-43. 1980.
- LOPES, A. Trabalho voluntário e envelhecimento: um estudo comparativo entre idosos americanos e brasileiros. Dissertação de Doutorado. Campinas: UNICAMP, 2006. 203p.
- LOPÉZ, A. L.; CIANCIARULO, T. I. Compreendendo o significado de qualidade de vida na velhice. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 233-249, set./dez. 1999.
- 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.
- LUZ, M. M. C.; AMATUZZI, M.M. Vivências de felicidade de pessoas idosas. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 25, n. 2, p. 303-307, abr./ jun. 2008.
- MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Limitação funcional e sobrevida em idosos de comunidade. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 54, n. 4, p. 347-352, jul./ago. 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.
- MALTA, M. et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 559-565, jun. 2010.
- MARCON, S. S. et al. O cotidiano do idoso e suas relações familiares revelando indícios de qualidade de vida. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 213-232, set./dez. 1999.
- MARTINS, C. R. et al. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos : uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estud. Interdiscip. Envelhec.*, Porto Alegre, v. 11, p. 135-154. 2007.
- MATSUKURA, T.S.; MARTURANO, E.M.; OISHI, J. O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 10, n. 5, p. 675-681, setembro-outubro. 2002.
- MAUÉS, C. R. et al. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Bras clin Med*, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 405-410, set./out. 2010.

MCDONOUGH, P.; WALTERS, V. Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science and Medicine*, v. 52, n. 4, p. 547-559, feb. 2001.

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.

MCLNTYRE, A.; ATWAL, A. Introdução. In: MCLNTYRE, A.; ATWAL, A. (Orgs.). *Terapia Ocupacional e a terceira idade*. Tradução de Maria Cecília Brandão. São Paulo: Editora Santos, 2007, cap. 1. p.1-13.

MCLNTYRE, A., BRYANT, W. Atividade e participação: parte I. In: MCLNTYRE, A.; ATWAL, A. (Orgs.). *Terapia Ocupacional e a terceira idade*. Tradução de Maria Cecília Brandão. São Paulo: Editora Santos, 2007, cap. 8. p.158-186.

MEEBERG, G. A. Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, v. 18, n. 1, p. 32-38, jan. 1993.

MEIRELLES, B. H. S. et al. Condições associadas à qualidade de vida dos idosos com doença crônica. *Cogitare Enferm.*, v. 15, n. 3, p. 433-440, jul./set. 2010.

MELO, M. A. F. de. Terapia Ocupacional gerontológica. In: CAVALCANTI A.; GALVÃO, C. (Orgs.). *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 39, p. 367-376.

MELO, M. C. de et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, supl.1, p. 1570-1586. 2009.

MICHELONE, A. P. C.; SANTOS, V. L. C. G. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 12, n. 6, p. 875-883, nov./dez. 2004.

MICHELSON, H.; BOLUND, C.; BRANDBERG, Y. Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Quality of Life Research*, v. 9, n. 10, p. 1093-1104. 2001.

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, J. F. D. de; SOUZA, V. B. de A. e. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Rev. bras. psiquiatr.*, v. 27, n. 4, p. 302-308, dez. 2005.

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.

MORENO, A. B. et al. Propriedades psicométricas do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2585-2597, dez. 2006.

MOTTA, F. C. P. *Cultura e Organizações no Brasil*. Fundação Getúlio Vargas. Relatório nº 15/1996.

MUTCHNIK, V. I. *Papéis ocupacionais e senioridade*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2010. 97p.

NAUMANN, V. J.; BYRNE, G. J. A. WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. *International Psychogeriatrics*, v. 16, n. 2, p. 159-173, jun. 2004.

NERI, A. L.; DEBERT, G. G. Apresentação. In: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. (Orgs.). *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus, 1999. 232 p.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. (Orgs.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 4, p. 33-47.

_____. 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.

_____. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: NERI, A. L. (Org.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Editora Alínea, 2007. cap. 1, p. 13-59.

_____. (Org.). *Palavras-chave em gerontologia*. 3. ed. Campinas: Editora Alínea, 2008. 214 p.

_____. 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: Papirus, 2009. cap. 1, p. 9-55.

NEUGARTEN, B. L.; HAVIGHURST, R.J.; TOBIN, S. S. The measurement of life satisfaction. *J. Gerontol*, v. 16, p.134-143, apr. 1961.

NEWSON, R. S.; KEMPS, E. B. General lifestyle activities as a predictor of current cognition and cognitive change in older adults: a cross-sectional and longitudinal examination. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*, v. 60, n. 3, p. 113-120, may. 2005.

OAKLEY, F. Clinical application of the model of human occupation in dementia of the Alzheimer's type. *Occupational Therapy in Mental Health*, v. 7, n. 4, p. 37-50. 1987.

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, 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.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). 2011. Disponível em <http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php> [acesso em: 28 de nov de 2011].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *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

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *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.

PAIS, J. M. Cotidiano e reflexividade. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 98, p. 23-46, jan/abr.2007.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS E. V. et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 1, p. 2-12.

_____. Processo de envelhecimento e longevidade. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Tratado de Gerontologia*. 2. ed., ver. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007 a. cap. 1, p. 3-14.

_____. Ciência do envelhecimento: abrangência e termos básicos. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Tratado de Gerontologia*. 2. ed., ver. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007 b. cap. 3, p. 29-38.

_____. Metodologia científica em Gerontologia. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Tratado de Gerontologia*. 2. ed., ver. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007 c. cap. 72, p. 881-900.

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.

PASCHOAL, S. M. P. *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP, 2000. 255p.

_____. 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.

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.

PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L.; MOLZAHN, A. E. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *International Nursing Review*, v. 56, n. 1, p. 109-115, mar. 2009.

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.; 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.

PEDRAZZI, E. C.; RODRIGUES, R. A. P.; SCHIAVETO, F. V. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *Ciênc. Cuid. Saúde*, Maringá, v. 6, n. 4, p. 407-413, out./dez. 2007.

PELÁEZ, M. Prefácio. In: In: Lebrão ML, Duarte YAO. *SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.

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.

PIMENTA, F. A. P. et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 54, n. 1, p. 55-60. 2008.

PINO, A. C. del. Calidad de vida en la atención al mayor. *Rev Mult Gerontol*, v. 13, n. 3, p. 188-192. 2003.

PIRES, Z. R. S.; SILVA, M. J. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. *Revista Eletrônica de Enfermagem (online)*, Goiânia, v.3, n. 2, jul./dez. 2001. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>

POLIA, A. A.; CASTRO, D. H. A lesão medular e suas sequelas de acordo com o modelo de ocupação humana. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 15, n. 1, p. 19-29, jan./jun. 2007.

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.

POSSATTI, I. C.; DIAS, M. R. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 15, n. 2, p. 293-301. 2002.

POWER, M. et al. Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research*, v. 14, n. 10, p. 2197-2214. 2005.

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 pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. *Rev C S Col*, v. 9, n. 1 p. 57-67. 2004.

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. 2006.

QUEIROZ, Z. P. V.; PAPALÉO NETTO, M. Envelhecimento bem-sucedido: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Importância da sociabilidade e da educação. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Tratado de Gerontologia*. 2. ed., ver. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. cap. 65, p. 807-816.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 211-224. 1987.

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, 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.

RAMPAZO, M. K. *Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos com artroplastia total de quadril: utilização de instrumentos genéricos e específico*. Dissertação de Mestrado. Campinas: UNICAMP, 2008. 179 p.

RESENDE, M. C. de et al. Bem-estar subjetivo e rede de relações sociais na vida adulta e velhice. *Rev. da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro, SPTM*, v. 9, n. 1, p. 9-16, jan-jun. 2005.

RESENDE, M. C. de et al. Saúde mental e envelhecimento. *Psico PUCRS*, v. 42, n. 1, p. 31-40. 2011.

REYNOLDS, F.; LIM, K. H. Contexto social das pessoas idosas. In: MCLNTYRE, A.; ATWAL, A. (Orgs.). *Terapia Ocupacional e a terceira idade*. Tradução de Maria Cecília Brandão. São Paulo: Editora Santos, 2007, cap. 3. p.27-48.

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.

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, R. de C. L. et al. Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. *Estud. Interdiscip. Envelhec.*, v. 4, p. 85-96. 2002.

RICHARD, L. et al. Staying connected: neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montréal, Québec. *Health Promot. Int.*, v. 24, n. 1. p. 46-57. 2009.

ROCHA, A. D. et al. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 63-81. 2000.

RODRIGUES, A. de P.; JUSTO, J. S. A resignificação da feminilidade na terceira idade. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.*, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 169-186. 2009.

RODRIGUES, W. C. *Estatística aplicada*. 6. ed. rev. e ampl. Apostila. 2008. Disponível em: http://www.ebras.bio.br/autor/aulas/estat_ambiental_2008.pdf

ROGERSON, R. J. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc. Sci. Med.*, v. 41, n. 10, p. 1373-1383. 1995.

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.

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

ROSA, F. H. M. *Significados de velhice bem-sucedida e sua relação com suporte social e saúde percebida em idosos residentes na comunidade: dados do PENSA*. Dissertação de Mestrado. Campinas: UNICAMP, 2006. 110 p.

ROSSATO, D. D. et al. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos adscritos em um PSF da cidade de Cruz Alta – RS. *Fisioterapia Brasil*, v. 9, n. 5, set./out. 2008.

ROWE, J. W.; KAHN, R. L. Human aging: usual and successful. *Science*, v. 237, n. 4811, p. 143-149, jul. 1987.

_____. Successful aging. *Gerontologist*, v. 37, n. 4, p. 433-440, aug. 1997.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.*, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19. 2002.

SANDQVIST, G.; AKESSON, A.; EKLUND, M. Daily occupations and well-being in women with limited cutaneous systemic sclerosis. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 59, n. 4, p. 390-397, jul./aug.2005.

SANTOS, C. A. V. *Identificação de papéis ocupacionais e sintomas depressivos em idosos*. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto: FMRPUSP, 2012. 103 p.

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.

SAVOIA, M. G. Escala de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping). *Rev. Psiq. Clínica*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 57-67, mar./abr. 1999.

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.

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.

SILVA, E. B. do N. e; NERI, A. L. Questões geradas pela convivência com idosos: indicações para programas de suporte familiar. In: NERI, A. L. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*. 8. ed. Campinas: Papirus, 2009. cap. 8, p. 213-236.

SILVA, H.S.; LIMA, A.M.M.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.35, p.867-77, out./dez. 2010.

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.

SILVA, J. da; SALDANHA, A. A. W.; AZEVEDO, R. L. W. de. Variáveis de impacto na qualidade de vida de pessoas acima de 50 anos HIV +. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 3, n. 1, p. 56-63. 2010.

SIQUEIRA, M. H. C. de. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: FREITAS E. V. et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 5, p. 47-56.

SOARES, J. S.; CARVALHO, A. M. Mulher e mãe, “novos papéis”, velhas exigências: experiência de psicoterapia breve grupal. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, num. esp., p. 39-44. 2003.

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

SOUZA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 364-371, jun. 2003.

SOUZA, C. C. M. de. *Os papéis ocupacionais da mulher fibromiálgica*. Monografia. Ribeirão Preto: USP, 2008. 126 p.

SOUZA, L. M. de. *Trabalho voluntário, saúde e qualidade de vida em idosos*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: UFRGS, 2007. 123 p.

SPRANGERS, M. A. G. et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 53, n. 9, p. 895-907, sep. 2000.

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.

STRAWBRIDGE, W. J.; WALLHAGEN, M. I.; COHEN, R. D. Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *Gerontologist*, v. 42, n. 6, p. 727-733, dec. 2002.

TAMAI, S. A. B. Terapia Ocupacional aplicada a gerontologia. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Tratado de Gerontologia*. 2. ed., ver. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. cap. 43, p. 547-556.

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. dos S. Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*, v. 13, n. 4, p. 695-702, out/dez.2011.

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

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.

_____. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref.: quality of life assessment. *Psychological Medicine*, v. 28, n. 3, p. 551-558. 1998a.

_____. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, v. 46, n. 12, p. 1569-1585. 1998b.

THOMAS, E. J. Problems of disability from the perspective of Role Theory. *Journal of Health and Human Behavior*, v. 7, n. 1, p. 2-14. 1966.

TOMÉ, B.; DYKES, A. K.; HALBERG, I. R. Quality of life in old people with and without cancer. *Quality of Life Research*, v. 13, n. 6, p. 1067-1080, aug. 2004.

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.

TRENTINI, C. M. *Qualidade de vida em idosos*. Tese de doutorado. Porto Alegre: UFRGS, 2004, 224 p.

TRENTINI, C. M.; CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M. P. de A. Qualidade de vida em idosos. In: FLECK, M. P. de A. (Org.). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap.20, p. 218-228.

TRENTINI, C. M. et al. Quality of Life (QoL) in a Brazilian sample of older adults: the role of sociodemographic variables and depression symptoms. *Applied Research in Quality of Life*, v. 6, n. 3, p. 291-309. 2010.

VANDENBROUCKE, J. P. et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Epidemiology*, v. 18, n. 6, p. 805-835, nov. 2007.

VAUSE-EARLAND, T. Perceptions of role assessment tools in the physical disability setting. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 45, n. 1, p. 26-31, jan.1991.

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.

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

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. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Tratado de Gerontologia*. 2. ed., ver. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. cap. 52, p. 655-670.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-233, jun. 1987.

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, 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.

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.

WILCOCK, A. A. Pessoas idosas e a justiça profissional. In: MCLNTYRE, A.; ATWAL, A. (Orgs.). *Terapia Ocupacional e a terceira idade*. Tradução de Maria Cecília Brandão. São Paulo: Editora Santos, 2007, cap. 2. p.14-26.

WILSON, L. Atividade e participação: parte 2. In: MCLNTYRE, A.; ATWAL, A. (Orgs.). *Terapia Ocupacional e a terceira idade*. Tradução de Maria Cecília Brandão. São Paulo: Editora Santos, 2007, cap. 9. p.187-205.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we and where are we going? *J Clin Epidemiol.*, v. 52, n. 4, p. 355-363, apr. 1999.

XAVIER, F. M. F. et al. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 23, n. 2, p. 62-70. 2001.

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.

ZHAN, L. Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, v. 17, n. 7, p. 795-800, jul. 1992.

APÊNDICE A – Ficha de Identificação

Data: ____/____/____

Nome: _____

DADOS DEMOGRÁFICOS

Naturalidade: _____

Sexo: Masculino FemininoRaça: Branca Parda Preta Amarela Indígena

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Estado Civil: Solteiro (nunca se casou) Casado/União Consensual Separado/Disquitado/Divorciado ViúvoReligião: sem religião católica evangélica espírita outra: _____Arranjo Familiar: Mora sozinho Mora acompanhado (_____)Possui filhos: sim não Número de filhos: _____ M F Possui netos: sim não Número de netos: _____ Idades: _____Situação Habitacional: casa própria alugada cedida outro _____Local da residência: central intermediária periferia**DADOS SOCIOECONÔMICOS**Escolaridade: Anos de estudo _____ médio incompleto - 9 a 11 anos analfabeto - não frequentou 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 _____

Situação Ocupacional:

 Só Aposentado (- com quantos anos? _____ - há quanto tempo? _____)

(ocupação anterior _____)

 Trabalha Trabalha + aposentado

(profissão atual: _____)

 Só dona de casa Pensionista _____

Fontes de renda: () Aposentadoria () Pensão () Aluguel (renda) ou aplicações bancárias
 () Ajuda de familiares e outras pessoas () Ajuda pública () Oferece ajuda
 () Outro _____

Valor da renda: () menos que 1 SM () 1 a 3 SM () 3 a 5 SM () 5 ou mais SM

Renda domiciliar per capita: () até ½ SM () mais de ½ a 1 () mais de 1 a 2 () mais de 2

DADOS SOBRE O ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO E PSICOLÓGICO

Doenças referidas: () sem doenças () diabetes () hipertensão () problemas cardíacos

() problemas de coluna ou costas () artrite ou reumatismo () dores generalizadas

() outras _____

Possui a prática de atividade física: () Não () Sim /Frequência: _____ Quais: _____

Possui hábito de leitura: () Não () Sim /Frequência: _____

Desenvolve outras atividades intelectuais: () Não () Sim /Frequência: _____ Quais: _____

Teve algum fato (positivo ou negativo) que marcou a sua vida? () Não () Sim

Quais: _____

Qual evento mais estressante ou mais difícil você teve que enfrentar nos últimos anos?

() Morte () Doença () Aposentadoria () Solidão () Outros _____

Conseguiu superar? () Sim () Não Por que? _____

De 1 a 5, o quanto o (a) Sr. (a) se considera uma pessoa saudável?

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

De 1 a 5, o quanto o (a) Sr. (a) se considera uma pessoa ativa?

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

De 1 a 5, o quanto o (a) Sr. (a) se considera uma pessoa feliz?

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

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista sobre os papéis ocupacionais

Nome: _____ Data: ___/___/___

PAPEL	Ausente	Perdeu	Contínuo	Ganhou

1 - O que o Sr. (a) acha que foi o motivo da ausência ou da perda do papel? _____

- () Falta de interesse/escolha/perda de significado pessoal () Dor () Cansaço físico
 () Pouco ânimo/falta de vontade/desmotivação/(in)disposição () Problema de saúde
 () Dificuldade de memória e capacidade de aprendizado () Dificuldade econômica
 () Dificuldades de locomoção/mobilidade () Falta de oportunidade
 () Relacionamento pessoal (familiar e de amigos) () Incentivo e apoio social
 () Falta de tempo livre/tempo disponível/assumir outros papéis () Idade
 () Problemas comportamentais (humor, agitação, irritabilidade, nervosismo, hostilidade etc)
 () Problemas infra-estrutura (como meio de transporte, falta de serviços, distância)
 () Outro motivo: _____

2 – O Sr. (a) escolheu desempenhar esse papel?

- () sim _____ () não _____

3 – O quanto o Sr. (a) acha que desempenha com qualidade/rendimento esse papel?

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

4 – O Sr. (a) tem dificuldades no desempenho desse papel? () Não () Sim, quais?

- () saúde (físico-orgânico) () cognitivo/emocional () sócio-econômico
 () uso do tempo () outro _____

5 – O desempenho nesse papel traz alguns benefícios? () Não () Sim, quais?

- () troca de experiências () entretenimento/ocupação do tempo em atividades significativas
 () oportunidade de relacionamento () participação social () aprendizado
 () satisfação pessoal/ motivação () senso de utilidade () manter-se ativo
 () melhora da dor e outros problemas () outro: _____

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa O IMPACTO DOS PAPÉIS OCUPACIONAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS. Você foi selecionado através da análise do cadastro de associados da União dos Aposentados de Araras (UNIAPA), pois apresenta idade dentro da faixa etária do grupo que irá compor este trabalho.

O objetivo principal deste estudo é verificar a existência de correlação entre o desempenho de papéis ocupacionais (trabalhador, estudante, voluntário, cuidador, membro de família, religioso, serviço doméstico, passatempo/amador e participação em organizações) e o seu grau de importância com a qualidade de vida de idosos com a finalidade de propor reflexões acerca do processo de envelhecimento.

Sua participação consistirá em responder questões (em forma de entrevista) sobre os aspectos cognitivos, de humor e de independência nas atividades de vida diária como critério de inclusão e; em seguida, sobre seus dados pessoais, papéis ocupacionais e a qualidade de vida. Dessa forma, será agendado previamente um encontro para a aplicação das avaliações, com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos, na própria sede da UNIAPA ou em seu próprio domicílio. Caso seja necessário, há a possibilidade de agendar um segundo encontro no intervalo máximo de 1 semana.

Serão realizados esclarecimentos antes e durante o decorrer da pesquisa, a respeito dos procedimentos a serem realizados.

Os dados coletados e resultados obtidos serão divulgados apenas com a finalidade de estudo e pesquisa, mantendo sigilo em relação ao endereço e dados pessoais em qualquer tipo de aula, apresentação ou artigo referente à pesquisa. Dessa forma, está garantido o sigilo que assegura sua privacidade quanto aos dados que forem confidenciais.

O pesquisador que irá coordenar a pesquisa poderá utilizar os dados coletados para a realização de outros estudos visando o aprofundamento sobre o assunto, mas sempre assegurando a privacidade dos participantes.

Para maior esclarecimento, o risco deste trabalho envolve a possibilidade de constrangimento ao responder as questões das avaliações que estão relacionadas à sua condição física, intelectual, psíquica e social. No entanto, o risco não acarreta nenhuma gravidade de dano ou lesão à sua saúde.

O pesquisador irá minimizar os riscos explicando o propósito das questões e oferecendo um ambiente agradável e respeitoso durante a entrevista. Em contrapartida, o trabalho poderá suscitar reflexões positivas em relação á projetos de vida.

Sua participação não é obrigatória, estando livre para recusar entrar na pesquisa ou para retirar o seu consentimento em qualquer momento do trabalho, sem qualquer penalização ou prejuízo da sua relação com a UNIAPA.

Você receberá uma cópia deste termo, no qual constam telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento.

Carolina Rebellato

Rua Joinville, nº. 22 – Jardim do Filtro – CEP: 13.603-055 – Araras/SP

fone: (19) 3541-6672 – e-mail: carorebellato@yahoo.com.br.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Araras, _____ de _____ de 2011.

Assinatura do sujeito da pesquisa ou do seu representante legal

ANEXO A – Projetos clínicos e de pesquisa sobre papéis ocupacionais desenvolvidos e informados no Brasil

Nome	Local de Desenv. do Projeto	População (diagnóstico)	Faixa etária (anos)	Tipo de aplicação	Tipo de instituição e contexto
Alfredo Fernandes Baptista Júnior	Joinville/SC	Pessoas na comunidade	adolescentes	Sócio-comunitária (prática de estágio supervisionado)	Centro comunitário
Alfredo Fernandes Baptista Júnior	Joinville/SC	População de rua	adultos e idosos	Sócio-comunitária (prática de estágio supervisionado)	Centro comunitário
Aline Carvalho Pereira Gonzaga e Carolina Rebellato	São Paulo/SP	Idosos	80	Clínica	Residencial de idosos
Ana Lucia Branquinho Germer	São Paulo/SP	Mulheres na comunidade	20 a 60	Sócio-comunitária	Centro comunitário
Aurea Maria de Oliveira Bueno	Campinas/SP	Adolescentes com deficiência visual	16 a 18	Clínica	Clínica
Aurea Maria de Oliveira Bueno	Itu/SP	Distúrbios psiquiátricos	18 a 70	Clínica	Consultório
Beatriz Bittencourt Granjo Schlecht	São Paulo/ SP	Problemas cognitivos	adultos e idosos	Clínica	Consultório
Daniel Marinho Cezar da Cruz	São Carlos/SP	Pós-Acidente vascular encefálico	20 a 50	Pesquisa	Clínica universitária
Daniel Marinho Cezar da Cruz / Dorien Dezotti	São Carlos/SP	Trabalhadores com dor nos membros superiores	acima de 18	Pesquisa	Clínica universitária
Livia Garcia Couto; Luma Cardoso; Milena Felitte	São Paulo/ SP	Adolescentes na comunidade	16 a 18	Pesquisa (trabalho de conclusão de curso de graduação)	Escola
Marysia M. P. De Carlo / Clarissa Castrighini Macedo de Sousa	Ribeirão Preto/SP	Mulheres com fibromialgia	30 a 60	Pesquisa (projeto de iniciação científica com bolsa FAPESP)	Clínica universitária
Marysia M. P. De Carlo / Karina Reis	Ribeirão Preto/SP	Transplantados de medula óssea		Pesquisa (projeto de iniciação científica com bolsa Santander)	Hospital geral - internação
Marysia M. P. De Carlo / Leila Maria Quiles	Ribeirão Preto/SP	Anoréxicos	acima de 18	Pesquisa (projeto de mestrado)	Clínica universitária
Marysia M. P. De Carlo / Natália Augusto Nunes Gil	Ribeirão Preto/SP	HIV /AIDS	acima de 18	Pesquisa (projeto de iniciação científica com bolsa FAPESP)	Hospital geral - internação e ambulatório

Marysia M. P. De Carlo / Vivian Dias	Ribeirão Preto/SP	Transplantados de medula óssea		Pesquisa (projeto de iniciação científica com bolsa FAPESP)	Hospital geral - internação
Milton Carlos Mariotti / Andressa Santi	Curitiba/PR	Renais crônicos	48	Pesquisa (projeto de iniciação científica)	Clínica
Patrícia Cotting Homem de Mello	São Paulo/SP	Idosos com problemas ortopédicos	acima de 60	Clínica	Centro-dia de idosos
Patrícia Cotting Homem de Mello	São Paulo/SP	Idosos pós-acidente vascular encefálico	acima de 60	Clínica	Centro-dia de idosos
Rachel Fernanda Albuquerque Camargo Nanuncio	Valinhos/SP	Deficiência mental leve	16 a 50	Clínica	Clínica
Tacyanne Bilro de Miranda	Natal/RN	Ortopédicos	45	Pesquisa (trabalho de conclusão de curso de graduação)	Hospital geral - ambulatório
Tatiane Grigolatto	Ribeirão Preto/SP	Esquizofrenia	18 a 55	Pesquisa (projeto de mestrado com bolsa FAPESP)	Clínica universitária
Tiago Ribeiro da Silva	São Paulo/SP	Distúrbios psiquiátricos	acima de 18	Clínica	Hospital-dia
Tiago Ribeiro da Silva	São Paulo/SP	Pessoas na comunidade		Sócio-comunitária	Centro-dia de saúde mental
Vanessa Idargo Mutchnik	São Paulo/SP	Homens executivos	acima de 45	Pesquisa (projeto de mestrado)	Empresa
Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva	Natal/RN	Obesidade	50 a 80	Clínica (projeto de extensão universitária)	Clínica universitária
Wilma Guimarães	Belo Horizonte/MG	Transplantados de medula óssea	adolescentes e adultos	Clínica	Hospital geral - internação
Wilma Guimarães	Belo Horizonte/MG	Câncer de mama	adultas	Clínica	Hospital geral - internação

ANEXO B – Mini-Exame do Estado Mental – MEEM

Nome: _____ Data: ___/___/___

Escolaridade: _____

“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”.

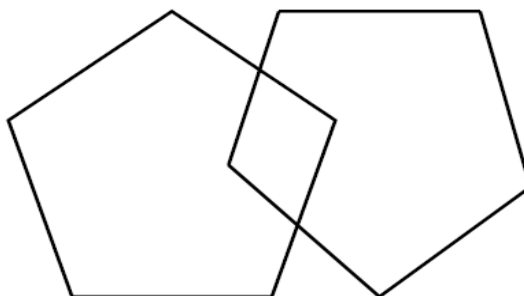
8) Siga uma ordem em três estágios:

() 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): () _____

11) Copie este desenho (cartão): ()



Total: _____ / 30

Nota de corte:

- 18/19: ausência de instrução escolar formal prévia

- 24/25: presença de instrução escolar formal prévia

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.

ANEXO C – Escala de Depressão Geriátrica – EDG-15

Nome: _____ Data: ___ / ___ / ___

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

Nota de corte: 5/6

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.

ANEXO D – Escala de Katz

Nome: _____ Data: ___ / ___ / ___

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

Nota de corte: 5/4

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.

ANEXO E – Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

PARTE 1

Ao lado de cada papel, indique, marcando a coluna correspondente, se você desempenhou o papel no passado, se você o desempenha no presente, e se planeja desempenhá-lo no futuro. Você pode marcar mais de uma coluna para cada papel. Por exemplo, se você foi voluntário no passado, não é voluntário no presente, mas planeja isto no futuro, deve marcar as colunas passado e futuro.

PAPEL	PASSADO	PRESENTE	FUTURO
ESTUDANTE: Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
TRABALHADOR: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral.			
VOLUNTÁRIO: Serviços gratuitos, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.			
CUIDADOR: Responsabilidade, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em prestar cuidados a filho, esposo(a), parente ou amigo.			
SERVIÇO DOMÉSTICO: <i>Pele menos uma vez por semana</i> , responsável pelo cuidado da casa através de serviços como, por exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
AMIGO: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, <i>pele menos uma vez por semana</i> , com amigo.			
MEMBRO DE FAMÍLIA: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, <i>pele menos uma vez por semana</i> , com um membro da família tal como filho, esposo(a), pais ou outro parente.			
RELIGIOSO: Envolvimento, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em grupos ou atividades filiadas a sua religião. (excluindo-se o culto religioso)			
PASSATEMPO / AMADOR: Envolvimento, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em atividades de passatempo ou como amador tais como costurar, tocar um instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.			
PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES: Envolvimento, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em organizações tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso, etc.			
OUTRO: _____ Um papel não listado que você tenha desempenhado, desempenha no momento e/ou planeja para o futuro. Escreva o papel na linha acima e marque a(s) coluna(s) correspondente(s).			

PARTE 2

Os mesmos papéis são listados abaixo. Junto de cada papel, marque a coluna que melhor indica o valor ou importância que esse papel tem para você. Responda cada papel, mesmo que nunca o desempenhou ou não planeja desempenhá-lo.

PAPEL	NENHUMA IMPORTÂNCIA	ALGUMA IMPORTÂNCIA	MUITA IMPORTÂNCIA
ESTUDANTE: Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
TRABALHADOR: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral.			
VOLUNTÁRIO: Serviços gratuitos, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.			
CUIDADOR: Responsabilidade, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em prestar cuidados a filho, esposo(a), parente ou amigo.			
SERVIÇO DOMÉSTICO: <i>Pele menos uma vez por semana</i> , responsável pelo cuidado da casa através de serviços como, por exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
AMIGO: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, <i>pele menos uma vez por semana</i> , com amigo.			
MEMBRO DE FAMÍLIA: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, <i>pele menos uma vez por semana</i> , com um membro da família tal como filho, esposo(a), pais ou outro parente.			
RELIGIOSO: Envolvimento, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em grupos ou atividades filiadas a sua religião. (excluindo-se o culto religioso)			
PASSATEMPO / AMADOR: Envolvimento, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em atividades de passatempo ou como amador tais como costurar, tocar um instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.			
PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES: Envolvimento, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em organizações tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso, etc.			
OUTRO: _____ Um papel não listado que você tenha desempenhado, desempenha no momento e/ou planeja para o futuro. Escreva o papel na linha acima e marque a(s) coluna(s) correspondente(s).			

ANEXO F – WHOQOL-BREF

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastant e	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	alguns vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO G – WHOQOL-OLD

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

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

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

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

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

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

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

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

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

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

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

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

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

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

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

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

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

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

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

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

old_15 Quanto satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

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

old_16 Quanto satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

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

old_17 Quanto satisfeito você está com o seu nível de atividade?

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

old_18 Quanto satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

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

old_19 Quanto feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

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

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

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

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

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

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

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

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

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

ANEXO H – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676

CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil

Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR

cephumanos@power.ufscar.br

<http://www.propq.ufscar.br>

Parecer Nº. 425/2010

Título do projeto: O IMPACTO DOS PAPÉIS OCUPACIONAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS

Pesquisador Responsável: CAROLINA REBELLATO

Orientador: JORGE OISHI

Colaborador(es): MARIA LUISA GUILLAUMON EMMEL

CAAE: 4464.0.000.135-10

Processo número: 23112.003772/2010-08

Grupo: III

Área de conhecimento: 4.00 - Ciências da Saúde / 4.08 - Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Análise da Folha de Rosto

Completa e assinada pelos responsáveis.

Descrição sucinta dos objetivos e justificativas

Inserir texto

Metodologia aplicada

Pré-avaliações:

1 - Avaliação do estado mental através do Mini-Exame do Estado Mental – MEEM. O MEEM é um instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo composto de trinta questões apresentadas em dois tipos de subtestes: um verbal e um não-verbal. Os subtestes verbais medem, em particular, a orientação tempero-espacial, a memória imediata, a evocação e memória de procedimento, a atenção e a linguagem. Os sub-testes não-verbais medem a coordenação perceptivo-motora e a compreensão de instruções. O escore varia de 0 a 30 e será utilizada a nota de corte 24.

2 - Avaliação de depressão através da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada de Yesavage – GDS 15. A GDS-15 é utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em idosos. É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso com 15 perguntas negativas/afirmativas onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnóstica depressão. A nota de corte utilizada será o valor abaixo de 5 pontos.

3 - Avaliação do grau de funcionalidade através da Escala de Atividades Básicas Vida Diária ou, ainda chamada de Escala de Katz. Esse instrumento foi desenvolvido para a avaliação dos resultados de tratamentos em idosos e predizer o prognóstico nos doentes crônicos. Consta de seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado, 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. A pontuação é a somatória de respostas “sim”. Um total de 6 pontos significa independência para atividades básicas de vida diária – ABVD, 4 pontos indica dependência parcial e 2 pontos dependência importante. Será utilizada a nota de corte de 6 pontos.

Após essa fase da pesquisa, os idosos que atingirem os critérios estabelecidos serão submetidos às seguintes avaliações:

Entrevistas:

1 - Breve entrevista para caracterização demográfica, socioeconômica e de saúde dos idosos considerando o sexo, idade, estado civil, religião, escolaridade, ocupação, renda, composição familiar, doenças referidas e autopercepção de saúde.

2 - Avaliação de papéis ocupacionais através da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais. Este instrumento foi criado por Frances Oakley, terapeuta ocupacional, com a finalidade de extrair informações a respeito da percepção do indivíduo quanto à participação em papéis ocupacionais ao longo da vida e o grau de importância atribuído a cada papel. Também oferece, de forma complementar, dados sobre a capacidade de uma pessoa em manter o equilíbrio entre os papéis, uma vez que poderá avaliar as perdas e ganhos de papéis entre as dimensões de passado, presente e planejamento para o futuro.

3 - Avaliação da Qualidade de Vida através WHOQOL-bref, questionário da Organização Mundial de Saúde. O WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100). É



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676

CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil

Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR

cephumanos@power.ufscar.br

<http://www.propq.ufscar.br>

dividido em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, além das duas questões gerais. A pontuação para os domínios vai de zero a 20, sendo zero a pior qualidade de vida e 20 a melhor qualidade de vida. Para as questões um e dois, a pontuação máxima é 25 pontos (OMS, 1998). Os instrumentos deverão ser aplicados em um único encontro ou em dois momentos, sendo que o intervalo de tempo entre um encontro e outro não deverá exceder a 1 semana. O tempo previsto para a aplicação das avaliações é de 1 hora.

4 - Análise dos Dados: Todos os dados coletados nas avaliações serão analisados e comparados pela própria examinadora com auxílio dos orientadores. As variáveis serão descritas e analisadas de acordo com os testes estatísticos apropriados.

Identificação de riscos e benefícios

Quanto aos riscos

- A pesquisa envolve entrevista contendo os dados pessoais, das condições de saúde e aspectos sócio-econômicos, esse fato pode trazer ao sujeito algum tipo de constrangimento ou desconforto ao responder essas questões para a pesquisadora;
- Os idosos que não participarem da pesquisa devido aos critérios de inclusão poderão sentir-se constrangidos e desmotivados. Caso concordem, terão a possibilidade de serem encaminhados para o Serviço de Saúde de Araras para avaliação mais aprofundada e, se necessário, acompanhamento clínico.
- Os riscos serão minimizados através da presença amigável e respeitosa da pesquisadora, através da explicação de cada item de forma acessível e disponibilidade para esclarecimentos de dúvidas.

Quanto aos benefícios:

- Os sujeitos convidados para participar da pesquisa poderão sentir-se valorizados e úteis (benefício individual) em contribuir para um maior aprofundamento do processo de envelhecimento e, consequentemente, do desenvolvimento de programas e políticas públicas com consideram a especificidade dessa população;
- Os sujeitos serão convidados a participarem da pesquisa por telefone e, se aceitarem o convite, será agendado a entrevista na Associação dos Aposentados de Araras, ou seja, em um ambiente já conhecido e de sua confiança ou em seu próprio domicílio para o seu conforto e comodidade;
- Os sujeitos da pesquisa terão a possibilidade de conversarem sobre a sua trajetória de vida (passado e presente) e perspectivas para o futuro com um profissional qualificado podendo contribuir para a reflexão sobre a importância da sua história ocupacional e processo de vida (benefício individual);
- A pesquisa envolve o conhecimento do perfil dos idosos e, a partir disso, um aprofundamento sobre o processo de envelhecimento e a possibilidade de planejar programas e /ou políticas de saúde voltados a demanda dessa população (benefício difuso);
- Os resultados da pesquisa durante todo o processo do trabalho serão disponibilizados pela própria pesquisadora tanto pessoalmente quanto por telefone, caso haja a necessidade ou interesse dos sujeitos;
- Após a finalização da pesquisa, os resultados do trabalho serão apresentados e discutidos com os sujeitos da pesquisa e com os idosos da comunidade de Araras na Reunião Mensal da UNIAPA.
- Os resultados da pesquisa serão divulgados em forma de artigo e apresentação oral e/ou de poster em eventos para a comunidade científica da área e para os idosos;

Considerações

Tendo em vista a relação entre possíveis riscos, inerentes a este tipo de pesquisa, e os benefícios salientados, consideramos que os riscos são aceitáveis e justificáveis pelos benefícios apontados.

Forma de recrutamento

O recrutamento é intrínseco à metodologia utilizada (ver Metodologia, acima). Os critérios são cientificamente subsidiados por estudos amplos e ao nosso ver, adequados aos propósitos de pesquisa.

Cronograma

Adequado aos objetivos estabelecidos.

Adequação do TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
 Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676
 CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil
 Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR
cephumanos@power.ufscar.br
<http://www.propq.ufscar.br>

Adequado.

Identificação dos currículos dos participantes da pesquisa

Os currículos demonstram claramente que os participantes estão aptos a desenvolver o projeto.

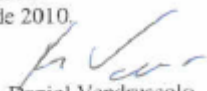
Conclusão

O projeto atende a Resolução 196/96. **Aprovado.**

Normas a serem seguidas:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente dentro de 1 (um) ano a partir desta dada e ao término do estudo.

São Carlos, 11 de novembro de 2010.


 Prof. Dr. Daniel Vendruscolo
 Coordenador do CEP/UFSCar