

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

MARIA HELOISA FIALHO CAUDURO

RELAÇÃO DA REDE DE APOIO SOCIAL E A  
QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS LONGEVOS

Porto Alegre  
2013

MARIA HELOISA FIALHO CAUDURO

RELAÇÃO DA REDE DE APOIO SOCIAL E A QUALIDADE DE VIDA  
EM IDOSOS LONGEVOS

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Ângelo José Gonçalves Bós, MD, PhD

Porto Alegre

2013

### DADOS DE CATALOGAÇÃO

C371r Cauduro, Maria Heloisa Fialho

Relação da rede de apoio social e a qualidade de vida em idosos longevos / Maria Heloisa Fialho Cauduro. Porto Alegre: PU-CRS, 2013.

101 f.: tab. Artigo encaminhado para publicação no periódico Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento.

Orientador: Ângelo José Gonçalves Bós, Md, PhD.

Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica.

1. LONGEVOS. 2. APOIO SOCIAL. 3. REDE DE SUPORTE. 4. QUALIDADE DE VIDA. 5. WHOQOL-OLD. I. Bós, Ângelo José Gonçalves. II. Título.

**CDD 362.6042**

**CDU 613.981(043.2)**

Isabel Merlo Crespo  
Bibliotecária CRB 10/1201

A comissão abaixo assinada aprova a presente tese:

**RELAÇÃO DA REDE DE APOIO SOCIAL E A QUALIDADE DE VIDA  
EM IDOSOS LONGEVOS**

elaborada pela doutoranda

**Maria Heloisa Fialho Cauduro**

como requisito para obtenção do título de  
**DOUTORA EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

---

Ângelo José Gonçalves Bós, MD, PhD (Orientador)

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

Professora Doutora Vânia Herédia

---

Professora Doutora Tatiana Irigaray

---

Professora Doutora Patrícia Grossi

### ***Dedicatória***

Ao meu querido esposo Adroaldo Cauduro e à minha amada filha Júlia Fialho Cauduro pelo incentivo, compreensão e apoio incondicional, durante toda a caminhada do doutorado.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela minha vida.

Ao meu pai, Alceu Lopes Fialho (*in memoriam*) e à minha mãe, Zeli Elizabete, por terem me ensinado os valores essenciais da vida.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de doutorado, pelo apoio à efetivação desse Doutorado.

A Joel Navarro pela participação e apoio na pesquisa de campo,

Um especial obrigado a todos os idosos e familiares que participaram dessa pesquisa e que contribuíram para o desvendar da longevidade, sem os quais não seria possível realizar esse trabalho.

Às funcionárias da secretaria e aos colegas do IGG.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Ao meu orientador Ângelo José Gonçalves Bós, MD, PhD que acompanhou minha trajetória no Doutorado, e também do Mestrado pelo seu apoio na construção deste estudo, pela, disponibilidade e dedicação contribuindo sobremaneira em minha caminhada acadêmica e profissional. A minha sincera gratidão,

## RESUMO

Este trabalho objetivou estudar a possível relação entre suporte social e qualidade de vida em longevos com 90 ou mais anos de idade residentes em Porto Alegre. **Métodos:** O desenho foi definido como sendo transversal exploratório, observacional e analítico. A amostra contou com 60 longevos entrevistados de 90 anos ou mais de ambos os sexos no período de novembro de 2011 a Janeiro de 2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS sob número 11/05451. As informações dos dados foram obtidos através de entrevistas estruturadas, compostas por questões abertas e fechadas, envolvendo seis instrumentos validados de pesquisa: 1. Dados Gerais para coleta de dados; 2. Mini-Exame do Estado Mental (MEEM); 3.WHOQOL-OLD; 4.Escala de Apoio Social-Social Support Survey of the Medical Outcomes Study (MOS); 5.Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão reduzida(GDS-15); 6. Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Os questionários foram elaborados pelo programa TeleForm permitindo a inserção eletrônica dos dados para análise com a utilização do programa EPIINFO versão 3.5.1 sendo consideradas significativas as diferenças com  $p < 0,05$  e indicativas de significância  $p > 0,05$  e  $< 0,1$ . **Resultados:** As médias da renda foram superiores nos idosos do que nas idosas longevas. Apesar dos resultados revelarem perdas cognitivas consideráveis, os homens longevos que participaram da pesquisa apresentaram índices mais positivos do que as mulheres longevas em relação ao MEEM e a GDS-15. As médias de ABVD e AIVD também foram melhores nos homens do que nas mulheres. A média do número de contatos revelou-se ser maior no sexo feminino do que no sexo masculino. Em relação aos diversos tipos de suporte social, o estudo aponta que as mulheres necessitam mais do apoio material do que os homens. Por outro lado, os homens necessitam mais dos apoios afetivo, emocional, informação e de interação positiva do que as mulheres. As médias de todos os domínios do WHOQOL (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente) e o nível total da Qualidade de Vida, foram maiores entre os homens do que entre as mulheres longevas, mas as diferenças não foram significativas. Houve relação significativa entre os diversos domínios do WHOQOL e os diferentes tipos de suporte social. **Conclusões:** Os homens, embora em menor número, apresentam um melhor suporte social e qualidade de vida que as longevas. Os resultados mostram claramente que todos os tipos de apoio social, embora em menor grau o suporte material, influenciam de forma positiva na qualidade de vida dos longevos.

**Palavras-chave:** Longevos, apoio social, rede de suporte, qualidade de vida, WHOQOL-OLD.



## ABSTRACT

This study aimed to investigate the possible relationship between social support and quality of life in oldest-old subjects with 90 or more years of age living in Porto Alegre. **Methods:** The design is an exploratory transversal, observational and analytical research. The sample comprised 60 respondents 90 years or older of both sexes interviewed during the period of November 2011 to January 2012. The project was approved by the Research Ethics PUCRS under number 11/05451. The information of the data were obtained through structured interviews, consisting of open and closed questions, involving six validated instruments of research: 1. General socio-demographic data; 2. Mini-Mental State Examination (MMSE); 3. WHOQOL-OLD 4. Social Support Survey; 5. Yesavage Geriatric Depression - short version (GDS-15 ); 6. Basic Activities of Daily Living (BADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL). The questionnaires were developed by the program TeleForm allowing the insertion of electronic data for analysis using the program EPI INFO version 3.5.1, considering significant differences with  $p < 0.05$  and indicative of significance  $p > 0.05$  and  $< 0.1$ . **Results:** The average income was higher in the oldest-old men than women. Although the results reveal considerable cognitive impairment in the survey, oldest-old men presented better levels of MMSE and GDS-15 than the women at same age. The mean IADL and ADL were also better in men than in women. The average number of contacts proved to be higher in females than in males. In relation to the various types of social support, the study shows that women need more material support than men. On the other hand, men needed more affective, emotional, and information supports and positive interactions than women. The averages of all WHOQOL domains (Physical, Psychological, Social Relationships and Environment) and the overall level of quality of life, were higher among men than among women-lived, but the differences were not significant. There was a significant relationship between the various domains of the WHOQOL and the different types of social support. **Conclusions:** The men, though outnumbered, have better social support and quality of life than the long-lived. The results clearly show that all types of social support, although to a lesser extent the material support, influenced positively on the quality of life for the oldest old.

**Keywords:** Oldest-old, social support, Quality of Life, WHOQOL-OLD.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> População com mais de 100 anos ou mais de idade, segundo o sexo de 1950,1980,1991 e 2000 no Brasil.....	19
<b>Tabela 2:</b> Idosos Longevos de Porto Alegre de 2010. ....	20
<b>Tabela 3:</b> Características socioeconômicas e clínicas da amostra.....	34
<b>Tabela 4:</b> Características da amostra referente ao número de contato, níveis de suporte social e qualidade de vida .....	35
<b>Tabela 5:</b> Coeficientes de regressão dos modelos lineares univariados entre os domínios do WHOQOL e os níveis de suporte social. ....	36
<b>Tabela 6:</b> Coeficientes de regressão dos modelos lineares univariados entre as facetas do WHOQOL-OLD e os níveis de suporte afetivo .....	37
<b>Tabela 7:</b> Coeficientes de Regressão dos modelos lineares bivariáveis entre os Domínios do WHOQOL e os níveis de Suporte Social, ajustados por sexo, número de filhos ou idade. ....	38
<b>Tabela 8:</b> Coeficientes de Regressão dos modelos lineares bivariáveis entre os Domínios do WHOQOL e os níveis de Suporte Social, ajustados educação ou renda. ....	40
<b>Tabela 9:</b> Coeficientes de regressão bivariadas entre as facetas do WHOQOL-OLD e os níveis de suporte social ajustados por sexo, número de filhos ou idade. ....	42
<b>Tabela 10:</b> Coeficientes de regressão dos modelos lineares bivariados entre as facetas do WHOQOL-OLD e os níveis de suporte social ajustados por educação ou renda. ....	44

**LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS**

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
ASCOM	Assessoria de Comunicação da PUCRS
AUT	Autonomia
AVD	Atividade de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética e de Pesquisa
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DOM.....	Domínio
DP	Desvio padrão
HS	Habilidade Sensorial
GDS	Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IGG	Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS
INT	Intimidade
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MEM	Morte e Morrer
MOS	Social Support Survey of the Medical Outcomes Study
N	Tamanho da amostra
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPF	Atividades Passadas, Presentes e Futuras

PSO	Participação Social
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
WHOQOL	Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	10
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	12
2.1	TEORIAS BIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO .....	12
2.2	TEORIAS SOCIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO.....	13
2.3	OS LONGEVOS .....	17
2.4	CIDADE DE PORTO ALEGRE.....	21
2.5	REDE DE APOIO SOCIAL .....	22
2.6	QUALIDADE DE VIDA .....	24
3	OBJETIVOS .....	27
3.1	OBJETIVO GERAL .....	27
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	27
4	METODOLOGIA .....	27
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	27
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
4.2.1	<b>Critérios de inclusão</b> .....	28
4.3	INSTRUMENTOS.....	29
4.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	32
4.5	HIPÓTESES DO ESTUDO.....	32
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	32
5	RESULTADOS.....	34
6	DISCUSSÃO .....	46
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	50
8	REFERÊNCIAS.....	52
9	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	58
10	ANEXO B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS .....	60
11	ANEXO C – DOMÍNIO AVALIAÇÃO FUNCIONAL .....	66
12	ANEXO D – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	67
13	ANEXO E – ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO .....	68
14	ANEXO F – WHOQOL-OLD.....	70
15	ANEXO G – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA.....	75
16	ANEXO H – CARTA DE ACEITE DE PUBLICAÇÃO B2.....	76

17	ANEXO I – ARTIGO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO.....	77
18	ANEXO K – ARTIGO SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO.....	97

## 1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Nas últimas décadas ocorreu significativo crescimento do percentual de idosos na população brasileira, fato esse apontado nos resultados do censo populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE de 2010<sup>1</sup>, ocasionando transformações biológicas e socioeconômicas. Avanços nas áreas da medicina e do saneamento básico propiciaram a redução da taxa de mortalidade bem como uma maior expectativa de vida à população. A expectativa de vida que no período de 1900 a 1915 era de 45 anos, em 1965 era de 65 anos, e nos dias atuais é de 73,8 anos<sup>2</sup>.

Outro fator relevante nessa trajetória é o declínio do número de nascimentos. A taxa média de fecundidade, que em 2007 era de 1,95 filhos por mulher, passou para 1,89 em 2008. Ainda nesta óptica, faz-se necessário atentar para o fato de que as estatísticas oficiais indicam o aumento da proporção de idosos na população brasileira de 8,5% no ano de 2000 para 10,8 % em 2010<sup>2</sup>. Então, o que se verifica é uma trajetória crescente de uma população que envelhece a passos largos e, conseqüentemente, percebe-se o acréscimo numérico de idosos longevos.

A Organização das Nações Unidas (ONU) divide os idosos em três categorias: os pré-idosos (entre 55 e 64 anos); os idosos jovens (entre 65 e 79 anos - ou entre 60 e 69 para quem vive na Ásia e na região do Pacífico); e os idosos de idade avançada (com mais de 75 ou 80 anos)<sup>3</sup>.

Importante lembrar que o envelhecimento, também, implica perdas biológicas, e se desdobra em processos de gênero, etnia, de classe social, de cultura determinada socialmente. Para Boutique e Santos<sup>4</sup>, essas complexas diferenças sociais, percebidas na velhice, acontecem devido as condições de vida e de trabalhos desiguais.

À medida que o indivíduo envelhece, em geral, há uma tendência ao recrudescimento de suas relações sociais, ao seu isolamento. Ou seja, a quantidade e a qualidade de seus contatos, de seus relacionamentos amorosos, afetivos tendem a diminuir, conseqüentemente, a qualidade da rede social estabelecida pelo indivíduo ao longo da vida fragiliza-se ou, até mesmo, praticamente, desaparece.

Além disso, o suporte à saúde do idoso longo vivo torna-se dispendioso, complexo, exigindo um nível de assistência, de atenção, de cuidado médico, de amparo que, devido a inúmeras situações familiares, muitas vezes inviabiliza a permanência do idoso no seio de sua família, até porque quanto mais longo vivo for o idoso maior serão as perdas no que diz respeito aos seus familiares. Desta forma, constata-se que muitos idosos, principalmente os longevos, são esquecidos, excluídos do contexto social, sem qualquer tipo de apoio de suporte social, aguardando somente o inevitável findar da jornada da vida.

A ausência de um conhecimento mais amplo sobre as necessidades da população longo viva incorre em uma maior dificuldade de planejamento de políticas públicas, onde campanhas específicas que poderiam minimizar efeitos da falta de assistência à saúde como amparo e acesso a benefícios específicos e adequados a esse grupo etário.

A pesquisa aqui apresentada tem como objetivo estudar a relação entre rede de apoio e suporte social e a qualidade de vida em longevos (90 anos ou mais, incluindo centenários) residentes na cidade de Porto Alegre/RS. Tal estudo visa, também, ajudar a subsidiar o delineamento de novas políticas públicas mais eficazes, adequadas às realidades desse grupo etário e assim contribuir para o entendimento da compreensão do contexto dos idosos longevos de forma mais ampla.

Esse trabalho sobre a “Relação da Rede de Apoio Social e a Qualidade de Vida em Idosos Longevos” tem como ponto inicial teórico os aspectos biológicos e principais teorias do envelhecimento.

Outrossim, será contextualizado a trajetória de estudos e pesquisas referente aos idosos longevos, assim como os dados estatísticos dos idosos longevos do Brasil e Porto Alegre . A cidade de Porto Alegre também será abordada para melhor entender o local de moradia dos idosos estudados.

Na sequência, são focados os aspectos gerais relativos a rede de apoio social e a qualidade de vida, questões metodológicas, resultados, discussões e considerações finais.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 TEORIAS BIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento é universal, inexorável, dinâmico e apresenta múltiplas dimensões, entre elas destaca-se a biológicas, psicológicas e sociais que ocorre com todo ser humano evidenciando-se e acentuando-se mais na longevidade.

No processo de envelhecimento é inquestionável que ocorre aumento de maior vulnerabilidade dos seres humanos, como também ficar mais exposto e suscetível às agressões do meio interno e externo. Além disso, as mudanças ocorridas nos diversos sistemas e órgãos ocorrem de maneira diferenciada, porém ao avançar da idade essas mudanças tendem a aparecer de forma mais evidente.

Fazem parte do processo de envelhecimento o aspecto fisiológico (senescência) ou patológico (senilidade). A senescência é o somatório de alterações funcionais, orgânicas e psicológicas intrínsecas ao envelhecimento consideradas normais e naturais. A senilidade são alterações resultantes de doenças que ocorrem no ciclo vital.

O interesse crescente pelas teorias biológicas tem sido frequente, posto que, a expectativa de vida do ser humano tem aumentado, e dados indicam que idosos mais velhos representam 12,8% da população idosa e 1,1% da população total brasileira<sup>5</sup>. Visto que o homem, cada vez mais, ruma à longevidade, os questionamentos em relação aos processos fisiológico e biológico do envelhecimento devem ser elucidados. Logo é imperativo expor algumas teorias biológicas.

De acordo com Farinatti<sup>6</sup> as teorias biológicas do envelhecimento examinam o assunto sob a óptica da degeneração da função e estrutura dos sistemas orgânicos e células e de forma geral que podem ser classificadas em duas categorias: as de natureza estocástica e as de natureza genética- desenvolvimentista.

Nesse percurso da questão do envelhecimento biológico é necessário destacar Hayflick<sup>7</sup>, que aborda que o envelhecimento não é a mera passagem do tempo, mas também a manifestação de eventos biológicos ao longo de um período de vida.

Tal afirmação leva ao pensamento de que a idade cronológica não está, necessariamente, ligada com a idade biológica

A teoria de “uso e desgaste” (teoria estocástica) foi uma das primeiras teorias do envelhecimento. Essa teoria descarta a idade cronológica como fator de medir o envelhecimento. Afirma que o processo de envelhecimento ocorre como resultado do uso dos sistemas corporais. Com o passar dos anos estes sistemas desgastam e perdem a sua capacidade por completo.

O Dano Oxidativo e radicais livres, outra teoria que, de acordo com os autores Cunha e Jeckel-Neto<sup>8</sup> descrevem que o princípio dessa teoria é que a longevidade seria inversamente proporcional à extensão do dano oxidativo e diretamente proporcional à atividade das defesas oxidantes, assim, desordens degenerativas associadas aos danos oxidativos levariam à várias doenças.

Nas teorias sistêmicas o destaque fica para as teorias metabólicas que apregoam que alterações da taxa metabólica modificadas por temperatura e/ou dieta possibilitam mudanças na longevidade. A taxa metabólica declina com a idade.

As teorias com base genética afirmam que a longevidade recebe influência de inúmeros fatores. Por exemplo, existem heranças genéticas que desempenham papel fundamental em relação as doenças cardiovasculares e degenerativas.

## **2.2 TEORIAS SOCIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO**

Após a 2ª Guerra Mundial, pesquisadores da Europa e Estados Unidos perceberam uma grande mudança social e demográficas com o aumento considerável da população idosa nesses países. Nesse sentido, o crescente envelhecimento que emergiu na sociedade, principalmente a partir da década de 50, fez com que contribuições surgissem proporcionando compreender fenômenos econômicos, históricos, culturais e sociais sobre a questão. Desta forma, vários estudos e teorias colaboraram no sentido de elucidar as condições estruturais que contribuem sobre as experiências e comportamentos e as reações e interações sociais. Nesse sentido, focaliza-se o indivíduo e como este se ajusta a sociedade e como a estrutura social pode influenciar no processo de envelhecimento.

Assim, partindo da concepção de Bengston, Burgess e Parrot (*apud* Siqueira)<sup>9</sup> que classifica as diferentes teorias sociológicas em gerações, identificando as ori-

gens intelectuais das teorias, sendo as primeiras gerações elaboradas entre 1949 e 1969, as da segunda geração entre 1970 e 1985 e as terceiras gerações a partir de 1980<sup>9</sup>.

As teorias sociológicas surgem para colaborar no entendimento do envelhecimento onde até então predominava os conceitos biológicos do envelhecimento, desta forma, ampliou-se o entendimento referente às questões cognitivas, psicológicas, bem como às emoções e à capacidade de enfrentamento as questões sociais.

Algumas teorias apresentam papel fundamental para o entendimento do envelhecimento ao longo das últimas décadas e que influenciam a percepção em relação aos idosos na sociedade contemporânea.

Partindo das primeiras gerações, estas que determinaram o pensamento no período de 1949 a 1969, focalizam as várias formas de atividades buscando a satisfação de viver<sup>9</sup>. Para explicar o ajuste em face do suposto declínio entre os idosos, essa abordagem baseavam-se em fatos de nível micro, como papéis, normas de grupos de referência.

Nas teorias da primeira geração cabe salientarmos a Teoria do Desengajamento-Cumming e Henry (1961)<sup>10</sup> que foi baseada em dados de estudos realizados em idosos de Kansas City por pesquisadores da Universidade de Chicago. Os autores consideraram que o processo de envelhecimento está ligado ao "afastamento", em que a tendência dos idosos é a diminuição de sua interação social sendo esta ação vantajosa para a sociedade. Considera-se aceitável nessa teoria a existência de uma transferência da sociedade, da responsabilidade "Asilamento" como uma conduta adaptativa. A teoria do desengajamento tem em sua aplicação o pensamento funcionalista estrutural que enfoca o consenso e a conformidade como princípio da ordem social.

Uma das críticas lançadas sobre essa teoria é que a aposentadoria é inevitável, funcional e universal.

Outra teoria com presença marcante é a teoria da atividade de Havighurst (1968)<sup>10</sup>, também conhecida como integrante do Interacionismo – Simbólico. Essa teoria atenta que ao envelhecer o indivíduo se depara com mudanças associadas ao declínio da capacidade física e mentais ligadas à velhice e tal fator, é determinante para o retraimento social. Nessa visão, a teoria defende que os idosos que conseguem manter os mesmos ou desenvolver outros níveis de atividades físicas e mentais na velhice têm ganhos significativos para um envelhecimento positivo. Nesse

sentido, Siqueira<sup>9</sup> escreve sobre essa teoria: “a pessoa que envelhece em boas condições é aquela que permanece ativa e consegue resistir ao desengajamento social”.

Essa teoria é conhecida por reforçar o poder do pensamento positivo e coloca como tônica o senso comum sobre o envelhecimento bem-sucedido. A crítica a essa teoria é que os idosos são estimulados à negação das dificuldades apresentadas pela idade para não parecer ter comportamento de “velho” frente à sociedade.

No ano de 1972 pairou a teoria da modernização de Cowgill e Holmes<sup>10</sup> que refere-se ao processo de industrialização e as mudanças que essa reflete a cada contexto cultural e histórico. Nessa teoria, a perda da posição de prestígio social e de velhice é um reflexo marcante das sociedades modernas. Essa teoria tem seu foco na exclusão dos idosos. Siqueira<sup>9</sup> versa que o papel dos idosos na sociedade pela teoria da modernização é influenciado pela:

- Tecnologia de saúde: avanços na medicina, ações de saúde preventiva afetando a estrutura demográfica.
- Avanços no nível de instrução: nesse quesito os jovens passam a ocupar posições que eram dos mais velhos por distanciamento tecnológico provocando mudanças em papéis sociais.
- Urbanização: Tem como característica mudanças profundas nas relações Inter geracionais. Reflexos no núcleo familiar com diminuição dos integrantes (número de filhos). Um dos reflexos é a de que o cuidado dos idosos pelos membros tradicionais femininos serem substituídos por integrantes externos a família.
- Tecnologia científica aplicada à produção econômica: Falta de requalificação provoca aposentadorias precoces, diminuição da renda e conseqüentemente a dependência dos idosos.

A segunda geração abrange o período de 1970 e 1985, e tem como foco a abordagem estrutural em nível macro, os idosos são entendidos e contextualizados como uma categoria coletiva.

Na segunda geração é importante apontar a teoria da Continuidade de Atchley de 1989<sup>11</sup> em que o idoso tem a possibilidade de manter todos os seus hábitos da vida, preferências, experiências e compromissos construídos durante toda a sua vida, porém, ela não leva em consideração os fatores que interferem ou determinam a continuidade interna como disposição, experiências, habilidades, temperamento e

externa como necessidades humanas básicas, relações estabelecidas com outros indivíduos pelos papéis sociais e as atividades desenvolvidas anteriormente<sup>12</sup>.

Também na segunda geração é necessário ressaltar a teoria do colapso de competência de Kuypers e Bengston de 1973<sup>13</sup>. Esta teoria considera as implicações negativas que podem acompanhar as crises no envelhecimento. É uma teoria que defende que as dificuldades podem ser revertidas por meio do apoio social e ambiental, que facilite e encoraje a competência dos indivíduos idosos e familiares.

Com o cabedal teórico oriundo do marxismo, na teoria do conflito de Simmel e na teoria crítica e na teoria Político-econômica do envelhecimento de Walker data de 1981 e Minkler Meredith de 1984<sup>12</sup>, tem como ponto fundamental o papel das políticas públicas e sociais das instituições e interesses grupo na formação de padrões de envelhecimento. Ou seja, argumentam que a análise de políticas públicas, as tendências econômicas e fatores sócio-estruturais, permitem a compreensão das condicionantes da ação do estado em relação aos idosos.

Influenciada por um período em que o foco de discussão prevalecia na questão econômica, as teorias da Terceira Geração contemplaram a década de 90. Neste período, incorporou-se as preocupações estruturalistas enfatizando os aspectos econômicos. Essa teoria reconhece que as experiências dos indivíduos é fator importante e que o significado dado às questões culturais, social são determinantes para o entendimento do envelhecimento.

Ainda nessa perspectiva da terceira geração a Teoria Social Crítica é representada por pensadores da escola Frankfurt como Adorno, Horkheimer, Habermas, Husserl e Schultz, pela abordagem político-econômica de Marx e pós-estruturalismo de Foucault<sup>12</sup>. Nessa teoria é importante destacar a colaboração de Siqueira<sup>9</sup> que sintetiza sobre essa, destacando principalmente a subjetividade e a dimensão interpretativa do envelhecimento, a práxis, entendida como proposta de política pública para a população idosa e a necessidade crítica de conhecimento existente.

Para concluir, o objetivo dessa breve exposição, é alinhar sucintas considerações sobre algumas teorias sociológicas importantes que alicerçaram a explicação do envelhecimento humano. Apesar das contribuições oferecidas por essas teorias ainda é preciso muitos mais esforços entre os estudiosos e pesquisadores para obter-se uma permanente e interdisciplinar reflexão sobre o envelhecimento, visto que a sociedade tem passado a todo momento por profundas mudanças. Assim, faz-se necessário lançar-se, permanentemente, olhar atualizado permanente às ca-

racterísticas do envelhecimento, inclusive para compreender a complexidade em relação a longevidade como presença crescente na população.

## 2.3 OS LONGEVOS

O envelhecimento humano e a longevidade tornou-se uma experiência cada vez mais presente nas sociedades atuais, tanto nos países que já possuem índices de desenvolvimento positivos como os que ainda não alcançaram bons resultados<sup>5</sup>. Artigos científicos demonstram que a proporção da população “mais idosa”, de 80 anos ou mais, está aumentando, alterando a composição etária no próprio grupo, ou seja, a população idosa também envelheceu<sup>13,14,15</sup>. O fato é que o fenômeno do envelhecimento e, conseqüentemente, a longevidade tem despertado interesse da comunidade em geral, dos cientistas e acadêmicos.

Pesquisas realizadas com idosos longevos apontam diferentes delimitações cronológicas, parâmetros quanto ao balizamento do início da idade da longevidade. Alguns estudos realizados com população de idosos longevos tem explorado como ponto de partida para a longevidade a faixa etária de 80 anos ou mais<sup>14,15,16</sup>. No entanto, outras pesquisas com longevos utilizaram como parâmetro de estudo idosos a partir dos 90 anos<sup>17,18,19</sup>. Neste quesito, a OMS classifica em quatro fases o envelhecimento: meia-idade sujeitos de 45 a 59 anos, idosos de 60 a 74 anos, anciãos de 75 a 89 anos e velhice extrema, 90 anos ou mais<sup>20</sup>.

Indubitavelmente, um dos fatos demográficos mais importantes da atualidade é o significativo aumento da população mundial de idosos, dentro deste, destaca-se o aumento ainda maior dos longevos. O fato é que graças aos avanços tecnológicos, urbanísticos e, principalmente, aos ganhos na área da saúde, os indivíduos vivem mais – longevidade – e com uma melhor qualidade. Além disso, a migração é outro importante fenômeno capaz de intervir no processo, acelerando ou retardando o envelhecimento populacional<sup>21</sup>.

O número de idosos longevos no mundo cresceu rapidamente nas últimas décadas. Em 1950, existiam 24.000 idosos centenários. Hoje, já são 269.000 e a projeção para 2050 é de 3,8 milhões<sup>22</sup>. Diante deste fato, tem-se intensificado no

mundo o interesse no que se refere à realização de estudos, pesquisas sobre os idosos longevos, focando as áreas médica, fisiológica, genética, econômica e social.

Desta forma, faz-se necessário destacar alguns estudos significativos realizados com idosos longevos como a pesquisa Georgia Centenarian Study nos EUA, que avaliou a inteligência, a memória, as habilidades, os traços de personalidade, as atitudes, o estado nutricional, a espiritualidade e religiosidade, os antecedentes familiares e os sistemas de suporte social<sup>23</sup>. A pesquisa mostrou que o número de idosos acometidos por um quadro depressivo era pequeno e, que em grande parte, os idosos superavam as adversidades valendo-se do elevado grau de autossuficiência, autoconfiança e criatividade<sup>24</sup>. Os longevos, diferente dos indivíduos em outros grupos etários, confiam mais na espiritualidade do que nos métodos não religiosos para alcançar o bem-estar físico e mental. A moderação também foi bastante mencionada por eles como fator importante para alcançar a longevidade saudável<sup>23</sup>.

Os estudos de base populacional iniciados em 1976 na cidade de Okinawa no Japão ajudaram a preencher um requisito importante para a credibilidade de pesquisas sobre centenários, que é a validação da idade via registros oficiais confiáveis. Foram investigados 600 centenários, centrando-se na genética, nutrição, hábitos de exercícios físicos e práticas psíquicas e espirituais<sup>25</sup>.

Os dados dos censos demográficos de 1991 e 2000<sup>1</sup> explicitam um aumento percentual de 77% do número de idosos centenários no Brasil: 13.865 e 24.576, respectivamente (Tabela 1). É necessário destacar que esse número não é fidedigno, pois a falta de registros de nascimento de muitos idosos é fator de dificuldade de precisão para os órgãos oficiais. Desde 2000 o IBGE tem registrado a informação sobre a idade dos recenseados baseado no ano de nascimento. Desta forma a metodologia empregada nos anos de 2000 e 2010 são semelhantes. Assim observamos na Tabela 1 uma diminuição no número de centenários entre os dois últimos censos, destoando das comparações entre os anos anteriores.

**Tabela 1.** População com mais de 100 anos ou mais de idade, segundo o sexo de 1950,1980,1991,2000 e 2010 no Brasil

<b>Ano</b>	<b>Total</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>
1950	9.689	3.290	6.399
1980	11.990	4.086	7.904
1991	13.865	4.457	9.208
2000	24.576	10.423	14.153
2010	24.236	7.247	16.989

Fonte: IBGE,2010

Entretanto, a crescente urbanização das grandes cidades atraiu os indivíduos na busca de melhores condições, refletindo no número expressivo de idosos nas capitais brasileiras. Então, residir na cidade pode beneficiar a idosa, especialmente aquela que é viúva, por causa da proximidade com seus filhos, dos serviços especializados de saúde e de outros facilitadores do cotidiano. Assim, o grau de urbanização da população idosa também acompanha a tendência da população total, ficando em torno de 81% em 2000. A proporção de idosos residentes nas áreas rurais caiu de 23,3%, em 1991, para 18,6%, em 2000<sup>1</sup>. O acúmulo de indivíduos no meio urbano tem revelado com mais intensidade as desigualdades sociais e a pobreza gerando grandes desafios para a saúde pública em relação a população idosa e principalmente para os longevos.

Segundo o censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Porto Alegre tinha 2.513 idosos com 90 a 99 anos e 152 idosos com cem anos ou mais (Tabela 2). Análise recente de Bós<sup>26</sup>, sobre dados de mortalidade em longevos brasileiros, verificou um aumento de 300% nas mortes em um período de 10 anos. Este aumento percentual leva a crer que tenha ocorrido, desde o último censo, um aumento de pelo menos três vezes no número de longevos no Brasil. Entretanto, a melhora no registro de óbitos provocada por uma campanha do Ministério da Saúde em 2004<sup>27</sup>, pode ter influenciado essa diferença no número de mortes. Esse fato foi confirmado com os dados do censo de 2010 onde observou-se não um aumento dos centenários mas sim uma diminuição principalmente em homens(Tabela1).



**Tabela 2.** Idosos Longevos de Porto Alegre de 2010.

Município	Idade	Pop. residente	Percentual
	Total	1.409.351	100,00
Porto Alegre - RS	90 a 99 anos	4.682	0,33
	100 anos ou mais	150	0,01

Fonte: IBGE, 2010

Importante ressaltar a crescente proporção de idosos que residem sozinhos, tanto homens como mulheres. Na verdade, o processo de industrialização e o modelo de urbanização das grandes cidades geram, criam demandas, necessidades de consumo exacerbado, ocasionando, muitas vezes, insegurança econômica, podendo inclusive, em determinadas situações, comprometer as relações familiares. Viver só na idade avançada pode ser uma escolha temporária ou refletir, demonstrar um envelhecimento bem sucedido – com autonomia e qualidade de vida – e não revelar um deliberado abandono familiar. Todavia o comprometimento físico e mental e a redução de disponibilidade dos filhos e do acesso às redes de suportes são inversamente proporcionais ao aumento da idade avançada e nesses casos os idosos, tem sua assistência comprometida<sup>28</sup>.

Chama atenção o fato de que a velhice seja associada ao aumento das despesas médicas. O que encarece os gastos são as deficiências e a saúde precária, frequentemente associada à velhice. Portanto, faz-se necessário que os indivíduos busquem envelhecer com uma melhor qualidade vida, mais saudáveis, de tal forma a minimizar as despesas médicas que hoje já representam, comprometem relevantes percentuais do orçamento financeiro dos idosos e, por consequência, dos seus respectivos grupos familiares<sup>28</sup>.

Atualmente, entre as maiores preocupações dos idosos Brasileiros, destaca-se a possibilidade econômica de sustento na velhice. Segundo a pesquisa intitulada “Previdência e Assistência Social: Efeitos no Rendimento Familiar e sua Dimensão nos Estados” que consta no IPEA de 2010<sup>29</sup>, o número de idosos que viviam com até um quarto de salário mínimo caiu de 14,04%, em 1978, para 1,21%, em 2008. No mesmo período, o número de beneficiários nessa faixa etária passou de 72,9% para 97,6%.

Apesar da melhoria da renda dos idosos ocorrida na última década, urge a elaboração e implantação de novas políticas públicas que sejam capazes de resgatá-los das atuais condições precárias que ainda vivem. Por exemplo, os serviços de

saúde gratuitos são limitados e o acesso é, muitas vezes, difícil para as pessoas idosas, que frequentemente não podem pagar por eles.

Assim, diante de tantas dificuldades enfrentadas pelas diferentes instituições públicas brasileiras em proporcionar uma vida com mais qualidade aos idosos, faz-se necessário estimular o estabelecimento de redes de apoio social que possam minimizar ou suprir as fragilidades do sistema público. Isso poderá estimular o maior envolvimento e comprometimento da família, bem como da comunidade com os seus idosos, em especial com os seus idosos longevos.

Porém, é necessário não estigmatizar os idosos com muita idade, pois de acordo com Coelho<sup>30</sup>, os longevos não são pessoas fracas, pois cerca de 30% deles têm ótima capacidade cognitiva. Esses indivíduos longevos teriam características genéticas especiais: “Quem possui um familiar longevo tem muito mais chance de se tornar um também”. Enquanto os idosos jovens desenvolvem doenças degenerativas e passam anos vivendo com alto grau de dependência, os longevos possuem vida longa e ativa, sem grandes incapacidades. Chegam à idade extrema sem grandes morbidades: “O tempo de incapacidade deles é o mínimo possível”<sup>31</sup>.

## **2.4 CIDADE DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre é a capital do Rio Grande do Sul e está localizada a Latitude – 30° /Longitude W – Greenwich 51°. Capital mais meridional do Brasil<sup>32</sup>.

Fundada em 26 de março de 1772 pelos portugueses da região dos Açores Porto Alegre a partir de sua fundação passa agregar ao longo dos anos em sua formação diversas etnias. Além dos portugueses que fizeram parte dessa formação, também os alemães espanhóis, africanos, poloneses e libaneses foram responsáveis pela diversidade cultural da cidade que está situada ao sul do Brasil.

A cidade de Porto Alegre conta com uma área verde por habitante e arborização do entorno dos domicílios com um contexto positivo quando comparado às demais capitais brasileiras<sup>33</sup>.

Quanto a infraestrutura da cidade em 2010 94,26% de domicílios possuíam esgoto sanitário adequado; 99,19% das residências tinham energia elétrica da companhia distribuidora; 93,79% das moradias apresentavam iluminação pública no seu

entorno e; 99,35% dos domicílios tinham abastecimento de água pela rede geral pública.

O Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,865<sup>34</sup> e o coeficiente Gini da renda domiciliar per capita registrado em 2010 era de 0,6144<sup>35</sup>. Esses índices permitem que a cidade esteja entre as bem classificadas em relação a muitas capitais do Brasil.

Porto Alegre foi a cidade que apresentou o menor crescimento populacional entre as capitais brasileiras em 2010<sup>1</sup> e em relação a longevidade a capital do Rio Grande do Sul, apresenta índices favoráveis quando comparada com outras capitais do Brasil<sup>31</sup>.

## 2.5 REDE DE APOIO SOCIAL

Historicamente, foi na passagem do século XIX para o século XX que os estudos de Edward Jarvis, Durkheim, Hollingshead e Redlich e outros trouxeram a preocupação sobre apoio social à pauta.

Em 1963, nos Estados Unidos, o anúncio do Programa Nacional de Saúde Mental (Community Mental Health Centers Act), fomentou o desenvolvimento de respostas de base comunitária no sentido de evitar rupturas com o apoio social das redes informais, configurou-se como um importante marco na busca da melhoria da saúde mental dos americanos<sup>36</sup>.

O crescente interesse pelo apoio social fez com que pesquisadores de saúde pública e, em particular, os epidemiologistas desenvolvessem o conceito de apoio social em seus estudos de relações causais entre a mortalidade, estresse e morbidade. As redes formadas por laços de parentesco e amigos passaram a ser fundamentais para a promoção de saúde, a proteção contra doenças, e mesmo para a sobrevivência dos indivíduos.

A partir da década de 70, constitui-se na sociedade uma crescente discussão ligada não só ao envelhecimento como um processo biológico, mas também sobre as demandas e necessidades de apoio aos cidadãos idosos e suportes necessários para uma melhor qualidade de vida. Em 1974, Caplan introduz o conceito de “sistema de apoio social” em sua obra *Support Systems and Community Mental Health*. No entanto, os dois autores apontados como fundadores da investigação sobre o

apoio social são de Cassel (1976) e Cobb (1974). Esses autores demonstram em pesquisas que a presença ou ausência de redes formadas por laços sociais e de relações com parentes e amigos vizinhos, religiosos e comunidade afetam diferencialmente a saúde dos indivíduos<sup>37</sup>.

No entanto, no Brasil é depois da constituição de 1988 que o poder público passa a dar maior atenção aos idosos, enfatizando a necessidade de um constante acompanhamento, amparo e apoio à população idosa.

Capitanini<sup>38</sup> cita que estudos sinalizam a relevância das redes de apoio social e dos relacionamentos para o bem-estar físico e mental na velhice e, consequentemente, para uma vida com qualidade. Fortalecer laços e obter apoio social ao longo da vida evita sentimento de solidão e de desesperança.

Estudos epidemiológicos indicam que indivíduos com baixos níveis de apoio social têm maiores taxas de mortalidade, por doenças infecciosas e especialmente por doença cardiovascular<sup>39,40,41</sup>.

As relações sociais de apoio podem ocorrer de forma formal (serviços públicos ou privados na área da saúde, assistência social) ou informal (apoio de familiares, amigos, religiosos, vizinhos).

Entre as principais dimensões do Apoio Social estão o Apoio Emocional que envolve expressões de amor e afeição; o Apoio Instrumental ou Material que se refere a auxílios materiais em geral, ajuda para trabalhos práticos (limpeza de casa, preparação de refeição, provimento de transporte) e ajuda financeira; o Apoio de Informação que compreende as Informações dadas, os aconselhamentos, as sugestões, orientações que podem ser usadas para lidar com problemas e resolvê-los; e por fim, a Interação Social Positiva que diz respeito à disponibilidade de pessoas com quem o idoso pode se divertir e relaxar.

De acordo com Paúl<sup>42</sup> a existência de redes sociais é um dado crucial para a qualidade de vida dos idosos. Nesse sentido, qualidade de vida e suporte social demonstram ter uma relação direta na longevidade.

Há na literatura uma diversidade de conceitos e pontos de vista ligados a rede de apoio e suporte social. O fato é que os conceitos são utilizados, muitas vezes, como sinônimos de confiança, apoio emocional, aconselhamento, habilidades sociais, informação, solidariedade e outros tanto que também traduzem essa expressão.

Erbolato<sup>43</sup> usa o apoio e suporte como a expressão “cambio social”, descreve rede de apoio e suporte social como “conjunto de pessoas de uma rede de relações

responsável pelo fortalecimento do suporte e/ou o apoio necessário ao indivíduo, para que este lide com situações decorrentes de sua vida". Já, Domingues(2005)<sup>44</sup> enfatiza que não é apenas as relações consanguíneas importantes nesse contexto mas que faça parte também o conjunto de pessoas significativas para o indivíduo, que o distingue da massa anônima da sociedade. Assim, faz-se necessário considerar a necessidade de incluir os amigos, profissionais e a comunidade em geral como vínculos fundamentais principalmente para longevos que podem ter perdas de familiares e não contar com o apoio dos mesmos.

Contudo, o suporte social que para muitos autores é colocado como sinônimo de apoio social para outros autores é colocado de forma diferente da rede social porque visa uma ajuda concreta aos indivíduos<sup>45</sup>.

Deste modo, divide-se as redes sociais de apoio à pessoa idosa em dois grupos principais: as redes de apoio formal e as redes de apoio informal. No grupo constituído pelas redes de apoio formal, incluem-se serviços estatais, de segurança social e os organizados pelo poder local (Lares para a Terceira Idade, Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Dia)<sup>46</sup> Nos grupos de apoio informal, estão incluídos por um lado as famílias do próprio idoso e por outro os amigos e os vizinhos.

Ainda nesse sentido é importante ressaltar Nogueira (2002)<sup>46</sup> que afirma que o suporte social abrange políticas e redes de apoio sociais (família, amigos e comunidade) e que tem como finalidade contribuir para o bem estar das pessoas, principalmente aquelas em situação de exclusão. Portanto, é possível inferir que o idoso que conta com uma rede suporte e de apoio social tende a ser mais socialmente competente, além de possuir níveis mais elevados de qualidade de vida.

## **2.6 QUALIDADE DE VIDA**

O aumento da expectativa de vida das pessoas deve vir acompanhado pela melhoria da qualidade de vida das mesmas. Mas como podemos medir, mensurar a qualidade de vida?

Após a Segunda Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde- OMS redefiniu saúde, acrescentando a noção de bem-estar físico, emocional e social surgindo assim uma discussão considerável a respeito das diferentes possibilidades de medir o bem-estar. Qualidade de vida tornou-se sinônimo de melhoria de padrão

vida. Isto é, o Estado deveria proteger o cidadão, oferecendo, entre outras coisas, o pleno emprego, saúde e educação de qualidade. Aos poucos, o conceito passa a abranger o desenvolvimento socioeconômico e humano e o entendimento das pessoas em relação a elas próprias. “A qualidade de vida pode ser afetada tanto por estados de saúde (médico, social e mental) quanto por condições socioeconômicas e fatores do meio onde a pessoa vive ou interage”<sup>47</sup>.

Então, no primeiro momento a aplicação do termo qualidade de vida voltava-se quase exclusivamente ao bem estar econômico com ênfase na aquisição de bens. Pouco a pouco o uso do termo vai passando a valorizar a opinião dos indivíduos, ou seja, o dono da vida é quem determina a qualidade de sua vida.

Outro fato importante a ressaltar é a Carta de Ottawa “Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde” realizada no Canadá, em 1986 que estabelece ligação entre saúde e qualidade de vida e define cinco campos vitais à promoção da saúde: 1) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) reforço da ação comunitária; 4) desenvolvimento de habilidades pessoais; e 5) reorientação do sistema e dos serviços de saúde. Neste sentido a qualidade está fortemente ligada ao sentido de promoção e assistência e cuidado<sup>48</sup>.

A partir de 1990 com o desenvolvimento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) pelos economistas Amartya Sen e Mahbub ul Haq, o conceito de qualidade de vida que até então estava vinculado à saúde, é ampliado agregado possibilidades de mensuração em parâmetros econômicos, educacionais, culturais considerando as realidades sociais. Trata-se de um dos primeiros instrumentos criados para a mensuração da qualidade de vida, tendo sido elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)<sup>49</sup>. No Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>49</sup> é considerado como indicador, a renda, a educação e a longevidade. No quesito de longevidade o indicador sintetiza as condições de vida e de saúde, já que, quanto mais mortes houver nas faixas etárias mais precoces, menor será a expectativa de vida.

Fator relevante a ser destacado é a melhoria nos índices de desenvolvimento humano (IDH) no que diz respeito à longevidade. Esse indicador é uma boa forma de avaliar as condições sociais, de saúde e de salubridade por considerar as taxas de mortalidade das diferentes faixas etária, assim, quanto menor for a mortalidade

registrada em um município, maior será a esperança de vida ao nascer. O IDH desta forma de uma cidade é considerado alto quando for maior que 0,800<sup>49</sup>.

Qualidade de vida passa, então, a ser um conceito chave para a compreensão da população idosa apresentando um referencial nas ciências sociais, ambientais, econômicas de saúde, bem como nas políticas públicas.

Já Neri<sup>50</sup> ressalta a importância de levar em consideração três elementos centrais. O primeiro afirma que a qualidade de vida está interligada a fatores de muitos elementos de interação. O segundo relaciona a qualidade de vida ao processo histórico ecoando as mudanças e as conquistas evolutiva societárias. O terceiro cita que a qualidade de vida está fortemente condicionada por critérios objetivos e subjetivos influenciando os valores individuais e sociais. Nesse sentido, tanto o aspecto objetivos e subjetivos são fundamentais para a avaliação e mensuração da qualidade de vida.

No aspecto geral, a qualidade de vida considerada na dimensão da subjetividade leva em consideração os sentimentos humanos, as vivências e experiências dos indivíduos e a percepção frente ao mundo em que vive. O aspecto objetivo é relevante para mensurar as condições tais como: de saúde física, as condições de moradia e habitação, recursos financeiros.

Também nos anos 90, foi criado um instrumento capaz de mensurar a qualidade de vida dos idosos: surge o projeto WHOQOL-OLD baseado em experiências anteriores do Grupo WHOQOL, sob os auspícios do Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (Grupo WHOQOL).- Manual WHOQOL-OLD. Esse grupo define qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, considerando o contexto cultural, os valores da sociedade em que vive, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1998)<sup>51</sup>.

Todavia, se a longevidade tem sido fator de comemoração pelos avanços conquistados que possibilitam ao homem viver mais, por outro, a perspectiva e prolongamento da idade tem causado receios decorrentes da maneira como se processará o envelhecimento, se a dependência ou incapacidade farão partes do processo do aumentar dos anos de vida e afetando a qualidade de vida. Desta forma a preocupação com qualidade de vida ganhou expressão nas últimas décadas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Estudar a relação entre rede de apoio e suporte social e a qualidade de vida em longevos residentes na cidade de Porto Alegre/RS.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a. Descrever as características sociodemográficas do grupo em questão;
- b. Observar os níveis de suporte sociais e qualidade de vida do grupo em estudo;
- c. Verificar a relação que existe entre os níveis de suportes sociais e a qualidade de vida dos Longevos;
- d. Verificar a influência do sexo, número de filhos, idade, escolaridade, renda familiar mensal, número de contatos na relação do suporte social na qualidade de vida do grupo.

### **4 METODOLOGIA**

#### **4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

O estudo foi definido como sendo transversal exploratório, observacional e analítico.



## **4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população de estudo foi composta por longevos com idade de 90 anos ou mais. A amostra foi por conveniência envolvendo todos os longevos que pudessem ser identificados e entrevistados durante o período de coleta (entre novembro de 2011 e janeiro de 2012). A amostra final contou com 60 idosos longevos.

As entrevistas ocorreram somente após a aprovação no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) correspondendo com as normas da Resolução 196/19.

No primeiro momento a pesquisa foi divulgada por meio da mídia escrita e falada usando a Assessoria de Comunicação da PUCRS (ASCOM) convidando os longevos a participar da pesquisa. Após a divulgação, o idoso ou responsável realizava contato com o IGG- Instituto de Geriatria da PUCRS onde era efetuado um cadastro e era marcada uma entrevista na residência do idoso.

Desta forma o procedimento amostral seguiu os seguintes passos:

1. Contato do longofo ou familiar;
2. Agenda da entrevista;
3. Realização da entrevista na residência do longofo;
4. Todas as questões foram lidas para os idosos por um único entrevistador acompanhado por um auxiliar. Quando o familiar ou acompanhante procurava intervir nas respostas do longofo era solicitado ao mesmo que assim não procedesse.

As informações dos dados foram obtidos através de entrevistas estruturadas, compostas por questões abertas e fechadas, totalizando seis instrumentos de pesquisa. As entrevistas ocorreram nos locais de moradia dos idosos que responderam aos questionários. As respostas dos longevos foram confirmadas por familiares ou cuidadores principais.

### **4.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Foram incluídos todos os indivíduos longevos de ambos os sexos que pudessem ser contatados, visitados e estiveram aptos a participar das entrevistas durante o período da pesquisa.

## 4.2.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os idosos que não comprovaram a sua idade, com níveis cognitivo baixo no exame do MEEM, e quando não houve possibilidade de contato com familiar ou cuidador.

## 4.3 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados foram sequencialmente os seguintes:

1. Dados Gerais: demográficos e sociodemográficas;
2. Mini-Exame do Estado Mental (MEEM);
3. Atividade Básica de Vida Diária-ABVD;
4. Escala de Apoio Social: Survey of the Medical Outcomes Study(MOSS);
5. WHOQOL-BREF;
6. WHOQOL-OLD;

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão reduzida(GDS-15).

Os Instrumentos para coleta de dados tinham como objetivo registrar: as informações gerais socioeconômicas do idoso, qualificação da moradia, suporte comunitário e serviços de saúde, atividades sócio culturais e condições de saúde.

Foi aplicado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) o qual serviu para avaliar o estado cognitivo do idoso e verificar a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, e habilidades de linguagem e viso – espaciais (avaliado de acordo com a escolaridade). O ponto de corte considerado baixo para o MEEM foi o preconizado pelo Ministério da Saúde<sup>51</sup> segundo a escolaridade: 19 pontos para analfabetos, 23 de 1 a 3 anos de escolaridade, 24 pontos de 4 a 7 anos de escolaridade e 28 pontos para aqueles com mais de 7 anos de escolaridade. Entretanto, o mesmo demonstrou-se, ao longo das entrevistas, não ser adequado para avaliar o grau de coerência e cognição dos longevos entrevistados. Participantes com escores baixos respondiam coerentemente as respostas, somente necessitando ajuda esporádica de acompanhantes. Desta forma o instrumento foi utilizado somente como uma variável<sup>52</sup>.

O grupo de trabalho sobre Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde preconiza que, em idosos, sejam utilizados concomitantemente os instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

O instrumento WHOQOL-BREF tem quatro domínios com enfoque no físico, no psicológico, nas relações sociais e no meio ambiente. No Domínio físico aspectos como dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho são alguns dos aspectos considerados. No domínio psicológico são os sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais, entre outros, que são levados em consideração. Referente ao domínio das relações sociais é possível verificar as relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual. E no quesito domínio do meio ambiente tem-se uma visão sobre Segurança física e proteção, o ambiente no lar, os recursos financeiros, os cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades a participação em, e oportunidades de recreação/lazer o ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) e Transporte.

O instrumento WHOQOL-OLD é um módulo específico de aferição de qualidade de vida em idosos da Organização Mundial de Saúde com validação para o português.

O módulo WHOQOL-OLD, específico para idosos, é composto por vinte e quatro questões agrupadas em seis facetas:

1. “Funcionamento do Sensorio” (FS): avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida; esta relacionada com os sentimentos, com suas percepções e suas causas.
2. “Autonomia” (AUT): refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões;
3. “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF): descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia; são avaliadas as atividades diárias passadas, presentes e futuras.
4. “Participação Social” (PSO): delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade; pondera sobre a participação social.
5. “Morte e Morrer” (MEM): relaciona-se a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer; julga dois temas incômodos que são o fim da vida e a morte.

6. “Intimidade” (INT): avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas; trata de analisar a intimidade.

A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão reduzida (GDS-15) foi criada em 1983 por Yesavage e colaboradores. Esta escala faz uma triagem rápida para sintomas depressivos e tem 15 itens.

A Escala de Apoio Suporte Social do Estudo foi desenvolvida nos Estados Unidos por Sherbourne e Stewart e é denominada Social Support Survey of the Medical Outcomes Study (MOS). Composta por 19 itens, abrange cinco dimensões funcionais de apoio social:

1. Apoio material: refere-se a auxílios materiais em geral, ajuda para trabalhos práticos (limpeza de casa, preparação de refeição, provimento de transporte) e ajuda financeira;
2. Apoio afetivo: inclui demonstrações físicas de afeto (por exemplo, abraços);
3. Apoio emocional: busca estimar a habilidade da rede social em expressar sentimentos de confiança empatia, encorajamento em momentos difíceis da vida do idoso;
4. Apoio de informação e aconselhamentos: diz respeito ao idoso receber sugestões, orientações que podem ser usadas para lidar com problemas e resolvê-los. É mensurado através da disponibilidade de aconselhamentos, sugestões, diretrizes e informações;
5. Interação social positiva: informações providas pela rede social levando o idoso a acreditar que ele é cuidado, estimado, respeitado, também a disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar e fazer coisas agradáveis.

Para cada item, indica-se a frequência que considera disponível cada tipo de apoio, numa escala tipo Likert de cinco pontos. Assim os resultados obtidos por esta escala variam entre 1 (sem nenhum suporte) e 5 (máximo de suporte social).

A escala ABVD criada por KATZ avaliou as Atividades Básicas da Vida Diária que considera o autocuidado tais como: locomoção, vestir-se e higiene. A escala é formada por seis questões, com respostas: “sim” e “não”. A cada resposta “sim” será atribuída um ponto. Assim, o total de seis pontos será considerado independente. Dois pontos ou menos é indicativo de dependência para as funções que são avaliadas.

#### **4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Os questionários foram elaborados pelo programa TeleForm permitindo a inserção eletrônica dos dados para análise com a utilização do programa EPIINFO versão 3.5.1 sendo considerado significativas as diferenças com  $p < 0,05$  e indicativos de significância  $p$  entre 0,1 e 0,05<sup>53</sup>.

Tabelas de distribuição entre as variáveis sociodemográficas foram criadas pelo cruzamento com ambos os sexos .A relação entre essas variáveis foi testada pelo qui-quadrado. Média da renda familiar mensal em reais dos resultados dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida e apoio social (MOS) foram comparadas entre os sexos pelo teste de  $t$  de Student. A regressão linear univariada foi utilizada para testar a relação entre diferentes resultados dos instrumentos de Qualidade de Vida e os níveis de Apoio Social. A possível influência das variáveis sociodemográficas e econômicas sobre a relação entre qualidade de vida e o apoio social foi verificada através da regressão linear bivariada incluindo cada uma das variáveis nos modelos de regressão.

#### **4.5 HIPÓTESES DO ESTUDO**

H1: o apoio e suporte social são fatores associados a qualidade de vida dos idosos longevos

H0: o apoio e suporte social não são fatores associados a qualidade de vida dos idosos longevos

#### **4.6 ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto de pesquisa desta tese foi apresentado e referendado pelo do Comitê de Ética e de pesquisa da PUCRS.

A aprovação da realização do projeto de pesquisa à realização do mesmo, consta no OF.CEP-750/10, protocolo de pesquisa registro CEP 10/05133, datado de

11/05451 (Apêndice B). A coleta de dados somente foi iniciada após a aprovação pela CC-IGG e pelo CEP da PUCRS.

Todos os participantes do estudo “Idosos Longevos de Porto Alegre” assinaram o termo de consentimento e livre e esclarecido, contendo informações sobre a pesquisa. A pesquisa foi conduzida dentro das normas da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

## 5 RESULTADOS

As entrevistas ocorreram no período de novembro de 2011 a Janeiro de 2012 no local em que os idosos residiam. A amostra da pesquisa foi caracterizada por 60 idosos de ambos os sexos: 47(78,3%) idosas e 13 (21,7%) idosos longevos residentes na cidade de Porto Alegre- RS. Desta forma , obteve-se os seguintes resultados demonstrados nas tabelas abaixo:

**Tabela 3.** Características socioeconômicas e clínicas da amostra

	Feminino	Masculino	Total
Idade	93,4±3,44	93,5±3,62	93,4±3,44
<b>Filhos vivos</b>	2,2±2,34	3,0±2,23	2,4±2,32
<b>Anos de estudo</b>	5,8±5,21	8,9±6,66	6,45±5,64
<b>Renda</b>	5786,73±6164,47	11975,56±9711,60	7378,14±7593,77
<b>MEEM total*</b>	18,3±7,03	24,1±6,74	19,5±7,32
<b>GDS total</b>	5,4±3,33	4,1±2,78	5,1±3,24
<b>AVD total</b>	5,2±1,61	5,8±0,55	6,7±1,46
<b>AIVD total</b>	18,2±6,42	19,8±5,15	18,6±6,16
<b>Raça/cor</b>			
- Branca	40(76,9%)	12(23,1%)	52(86,7%)
- Preta	7(87,5%)	1(12,5%)	8(13,3%)
<b>Estado conjugal*</b>			
- Casado	1(16,7%)	5(83,3%)	6(10,0%)
- Divorciado	1(100,0%)	0(0,0%)	1(1,7%)
- Solteiro	7(87,5%)	1(12,5%)	8(13,3%)
- Viúvo	38(84,4%)	7(15,6%)	45(75,0%)
<b>Mora sozinho</b>			
- Não	32(78,0%)	9(22,0%)	41(68,3%)
- Sim	15(78,9%)	4(21,1%)	19(31,7%)
<b>Autopercepção de saúde</b>			
- Ótima	3(60,0%)	2(40,0%)	5(8,3%)
- Boa	23(79,3%)	6(20,7%)	29(48,3%)
- Regular	18(78,3%)	5(21,7%)	23(38,3%)
- Má	3(100,0%)	0(0,0%)	3(5,0%)
<b>TOTAL</b>	47(78,3%)	13(21,7%)	60(100,0%)

\* p<0,05

A Tabela 3 mostra que a média da idade foi semelhante entre os sexos. As mulheres tinham em média 93,4±3,44 anos, enquanto a média dos homens foi de 93,5±3,62. A renda representou mais que o dobro no sexo masculino.

Na avaliação cognitiva realizada pelo MEEM, a média do sexo masculino aparece significativamente maior do que a do sexo feminino: 24,1±6,74 e 18,3±7,0, respectivamente. Mulheres apresentavam sintomas depressivos mais frequentes que

homens ainda que não significativamente maiores. Embora não significativamente diferentes, as médias de AVD e AIVD foram maiores nos homens.

Ainda na tabela 3 a maioria dos longevos declararam-se da cor branca., assim como é evidenciado que a maioria das longevas e dos longevos são viúvos.

Chama a atenção o número de homens longevos casados de 5(38,5%) e 30% dos longevos reside sozinho.

No quesito referente a auto percepção de saúde a maioria dos idosos relatam que a saúde é boa ou ótima.

**Tabela 4.** Características da amostra referente ao número de contatos, níveis de suporte social e qualidade de vida

	<b>Feminino (47)</b>		<b>Masculino (13)</b>		p
	Média	Dsv. Pad	Média	Dsv. Pad	
<b>Número de contatos</b>	7,2	5,22	6,4	3,18	0,5797
<b>Níveis de suporte social</b>					
- Afetivo	19,4	1,99	19,0	3,61	0,6874
- Emocional	13,6	2,56	14,5	1,66	0,2154
- Informação	18,0	3,46	19,8	0,55	0,0406
- Material	18,5	2,70	19,7	1,11	0,0858
- Interação positiva	17,9	3,55	19,2	2,77	0,2302
- Total	87,4	12,29	92,3	9,70	0,1903
<b>Domínios do WHOQOL</b>					
- Físico	12,6	2,63	13,9	2,75	0,1079
- Psicológico	14,0	2,37	14,9	2,35	0,2177
- Relações sociais	14,8	1,58	15,6	2,58	0,0838
- Meio ambiente	14,9	1,52	15,3	2,67	0,4221
- Global	14,6	2,55	15,2	2,77	0,4744
<b>Facetas do WHOQOL-OLD</b>					
- Habilidade sensorial (HS)	2,6	1,05	2,7	0,79	0,7298
- Autonomia (AUT)	3,4	0,72	4,0	0,38	0,0090
- Atividades (PPF)	3,3	0,37	3,3	0,49	0,5716
- Participação social (PSO)	3,3	0,66	3,7	0,62	0,0867
- Morte e morrer (MEM)	3,7	0,96	4,1	0,75	0,1431
- Intimidade (INT)	3,7	0,79	4,0	0,78	0,3163
- Total	20,2	3,10	21,8	3,06	0,1323

A Tabela 4 mostra que a média do número de contatos revelou-se ser maior no sexo feminino do que no sexo masculino:  $7,2 \pm 5,22$  e  $6,4 \pm 3,18$  ( $p=0,5797$ ), respectivamente.

Exceto pelo suporte emocional que foi maior nos longevos todos os outros níveis de suporte foram semelhantes entre longevos e longevas.



As médias de todos os domínios do WHOQOL, inclusive o nível total da Qualidade de Vida, foi maior nos homens do que nas mulheres, mas as diferenças não foram significativas. Os escores de qualidade de vida para o WHOQOL-OLD foram maiores para os homens, mas as diferenças não foram significativas.

Os escores de qualidade de vida para o WHOQOL-OLD foram maiores para os homens, mas as diferenças não foram significativas, exceto para a faceta Autonomia

**Tabela 5.** Coeficientes de regressão dos modelos lineares univariados entre os domínios do WHOQOL e os níveis de suporte social.

	<b>Físico C.Reg.</b>	<b>Psic. C.Reg.</b>	<b>Rel. Sociais C.Reg.</b>	<b>Meio Amb. C.Reg.</b>	<b>Global C.Reg.</b>
<b>Níveis de suporte</b>					
- Afetivo	0,208	0,445**	0,423**	0,328**	0,136
- Emocional	0,193*	0,367**	0,282**	0,216**	0,173
- Informação	0,269*	0,435**	0,418**	0,312**	0,186
- Material	0,097	0,054	0,128	0,314**	0,059
- Interação positiva	0,154	0,301**	0,301**	0,276**	0,147
- Total	0,051	0,091**	0,085**	0,078**	0,039

\*  $p < 0,1$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; C.Reg= Coeficiente de regressão; Psic.=Psicológico; Rel.Sociais= Relações Sociais; Meio Amb= Meio ambiente

A Tabela 5 mostra os resultados das análises univariadas das regressões lineares entre os domínios do WHOQOL e os níveis de suporte social. Nenhum suporte social foi significativamente correlacionado ao domínio físico.

Já no domínio psicológico e nas relações sociais todos os suportes foram significativos exceto o suporte material.

Referente ao meio ambiente todos foram significativos e no global nenhum.

**Tabela 6.** Coeficientes de regressão dos modelos lineares univariados entre as facetas do WHOQOL-OLD e os níveis de suporte afetivo

	<b>HS</b> <b>C.Reg.</b>	<b>AUT</b> <b>C.Reg.</b>	<b>PPF</b> <b>C.Reg.</b>	<b>PSO</b> <b>C.Reg.</b>	<b>MEM</b> <b>C.Reg.</b>	<b>INT</b> <b>C.Reg.</b>	<b>total</b> <b>C.Reg.</b>
<b>Níveis de suporte</b>							
- Afetivo	0,030	0,155**	0,056**	0,129**	0,072	0,226**	0,684**
- Emocional	0,051	0,132**	0,031*	0,093**	0,066*	0,152**	0,504**
- Informação	0,041	0,159**	0,057**	0,128**	0,063	0,210**	0,670**
- Material	-0,041	-0,017	0,018	0,025	0,069	0,068	0,127
- Interação positiva	0,020	0,105**	0,047**	0,096**	0,039	0,164**	0,493**
- Total	0,007	0,031**	0,012**	0,026**	0,016	0,046**	0,139**

\*  $p < 0,1$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; C.Reg= Coeficiente de regressão; HS Habilidade sensorial; AUT= autonomia; PPF= Atividades passadas e futuras; PSO Participação Social; MEM; Morte e Morrer; INT= intimidade;

A tabela 6 mostra que, levando-se em consideração o WHOQOL-OLD Total o maior escore aparece no suporte afetivo.

Nenhum suporte social foi significativamente correlacionado as facetas habilidades sensoriais e morte e morrer.

Já para as facetas autonomia, atividade passadas e futuras, participação social e intimidade e escore total, todos os suportes foram significativos exceto o suporte material.

**Tabela 7.** Coeficientes de Regressão dos modelos lineares bivariáveis entre os Domínios do WHOQOL e os níveis de Suporte Social, ajustados por sexo, número de filhos ou idade.

	<b>Domínio</b>	<b>Sexo</b>	<b>Domínio</b>	<b>Filhos</b>	<b>Domínio</b>	<b>Idade</b>
	<b>C.Reg.</b>	<b>C.Reg.</b>	<b>C.Reg.</b>	<b>C.Reg.</b>	<b>C.Reg.</b>	<b>C.Reg.</b>
<b>Domínio Físico</b>						
<b>Níveis de suporte</b>						
- Afetivo	0,175	1,200	0,205	0,051	0,230	-0,105
- Emocional	0,159	1,069	0,193*	0,060	0,211*	-0,108
- Informação	0,232	1,081	0,266*	0,044	0,292**	-0,112
- Material	0,114	1,407*	0,087	0,041	0,133	-0,103
- Interação positiva	0,131	1,188	0,151	0,031	0,174*	-0,111
- Total	0,044	1,147	0,050*	0,033	0,057*	-0,120
<b>Psicológico</b>						
<b>Níveis de suporte</b>						
- Afetivo	0,430**	0,543	0,447**	-0,038	0,464**	-0,095
- Emocional	0,359**	0,253	0,368**	-0,019	0,382**	-0,099
- Informação	0,421**	0,445	0,437**	-0,034	0,452**	-0,092
- Material	0,067	0,990	0,059	-0,021	0,075	-0,061
- Interação positiva	0,290**	0,575	0,307**	-0,067	0,316**	-0,098
- Total	0,088**	0,519	0,092**	-0,063	0,097**	-0,112
<b>Relações Sociais</b>						
<b>Níveis de suporte</b>						
- Afetivo	0,413**	0,356	0,413**	0,160*	0,420**	0,013
- Emocional	0,274**	0,250	0,279**	0,180**	0,279**	0,015
- Informação	0,409**	0,252	0,409**	0,163*	0,415**	0,016
- Material	0,137	0,803	0,089	0,166	0,114	0,039
- Interação positiva	0,294**	0,355	0,289**	0,131	0,300**	0,010
- Total	0,083**	0,338	0,082**	0,139	0,085**	-0,001
<b>Meio Ambiente</b>						
<b>Níveis de suporte</b>						
- Afetivo	0,327**	0,053	0,328**	0,007	0,330**	-0,009
- Emocional	0,218**	-0,050	0,216**	0,022	0,217**	-0,004
- Informação	0,312**	-0,008	0,312**	0,011	0,313**	-0,006
- Material	0,320**	0,490	0,326**	-0,050	0,324**	-0,027
- Interação positiva	0,275**	0,004	0,278**	-0,024	0,279**	-0,019
- Total	0,078**	-0,023	0,079**	-0,017	0,080**	-0,028
<b>Global</b>						
<b>Níveis de suporte</b>						
- Afetivo	0,123	0,501	0,139	-0,074	0,147	-0,084
- Emocional	0,160	0,355	0,172	-0,067	0,179	-0,086
- Informação	0,172	0,432	0,189	-0,075	0,195	-0,085
- Material	0,065	0,617	0,080	-0,091	0,091	-0,094
- Interação positiva	0,138	0,433	0,153	-0,090	0,155	-0,090
- Total	0,037	0,446	0,041	-0,088	0,043	-0,095

\*  $p < 0,1$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; C.Reg= Coeficiente de regressão;

Para todos os domínios do WHOQOL somente foi significativo o número de filhos para os domínio relações sociais, na interação com o níveis de suporte emocional e indicativo de significância de suporte afetivo e de informação. Não interferindo na relação entre domínio relações sociais e os níveis de suporte

**Tabela 8.** Coeficientes de Regressão dos modelos lineares bivariáveis entre os Domínios do WHOQOL e os níveis de Suporte Social, ajustados educação ou renda.

<b>Domínio Físico</b>	<b>Domínio C.Reg.</b>	<b>Educação C.Reg.</b>	<b>Domínio C.Reg.</b>	<b>Renda C.Reg.</b>	<b>Domínio C.Reg.</b>	<b>Contatos C.Reg.</b>
<b>Níveis de suporte</b>						
- Afetivo	0,197	0,097	0,077	0,000	0,175	0,052
- Emocional	0,163	0,083	0,170	0,000	0,172	0,045
- Informação	0,243*	0,088	0,206	0,000	0,245*	0,046
- Material	0,123	0,107*	-0,310	0,000	0,090	0,078
- Interação positiva	0,145	0,097	0,059	0,000	0,135	0,057
- Total	0,047	0,093	0,032	0,000	0,045	0,049
<b>Psicológico</b>						
<b>Níveis de suporte</b>						
- Afetivo	0,432**	0,094*	0,466**	0,000	0,371**	0,109*
- Emocional	0,344**	0,064	0,423**	0,000	0,315**	0,102*
- Informação	0,409**	0,078	0,446**	0,000	0,372**	0,119**
- Material	0,079	0,108*	-0,284	0,000	0,038	0,171**
- Interação positiva	0,290**	0,092*	0,314**	0,000	0,257**	0,127**
- Total	0,087**	0,087*	0,111**	0,000	0,077**	0,115*
<b>Relações Sociais</b>						
<b>Níveis de suporte</b>						
- Afetivo	0,421**	0,016	0,467**	0,000	0,363**	0,092**
- Emocional	0,283**	-0,004	0,365**	0,000	0,232**	0,105**
- Informação	0,418**	-0,002	0,476**	0,000	0,365**	0,101**
- Material	0,135	0,030	-0,154	0,000	0,114	0,149**
- Interação positiva	0,300**	0,012	0,323**	0,000	0,265**	0,106**
- Total	0,085**	0,009	0,109**	0,000	0,074**	0,100**
<b>Meio Ambiente</b>						
<b>Níveis de suporte</b>						
- Afetivo	0,319**	0,085**	0,186	0,000**	0,285**	0,067
- Emocional	0,192**	0,071*	0,186*	0,000**	0,179**	0,076
- Informação	0,290**	0,075*	0,220*	0,000**	0,273**	0,077**
- Material	0,340**	0,106**	0,157	0,000**	0,305**	0,107**
- Interação positiva	0,267**	0,082**	0,176**	0,000**	0,252**	0,072**
- Total	0,075**	0,078**	0,054**	0,000**	0,071**	0,065
<b>Global</b>						
<b>Níveis de suporte</b>						
- Afetivo	0,134	0,106*	0,045	0,000**	0,092	0,067
- Emocional	0,139	0,093	0,101	0,000**	0,144	0,056
- Informação	0,164	0,100	0,118	0,000**	0,155	0,064
- Material	0,084	0,110*	-0,094	0,000**	0,050	0,078
- Interação positiva	0,142	0,104*	0,101	0,000**	0,127	0,062
- Total	0,037	0,102	0,026	0,000**	0,032	0,061

\* p < 0,1; \*\* p < 0,05; C.Reg= Coeficiente de regressão;

O número de contatos influencia significativamente o efeito da informação, suporte material e interação positiva na melhora do domínio psicológico.

Quanto maior o número de contatos, maior o nível de qualidade de vida no domínio das relações sociais em todos os níveis de suporte estudados.

O nível educacional influenciou significativamente o meio ambiente na sua relação com os níveis de suporte afetivo, material e interação positiva. A renda foi significativa para o meio ambiente, mas anulou efeito dos suportes afetivo, emocional, informação e material que os mesmos tinham sobre esse domínio.. Somente interação positiva e suporte total mantiveram-se significativos. O número de contatos só é significativo para o domínio meio ambiente quando associado ao suporte material.

A renda foi significativa para a qualidade de vida global em todos os modelos com os níveis de suporte. Nenhum suporte social foi significativo para a qualidade de vida global do WHOQOL.

**Tabela 9.** Coeficientes de regressão bivariadas entre as facetas do WHOQOL-OLD e os níveis de suporte social ajustados por sexo, número de filhos ou idade.

Faceta	Níveis de suporte	Faceta C.Reg.	Sexo C.Reg.	Faceta C.Reg.	Filhos C.Reg.	Faceta C.Reg.	Idade C.Reg.
<b>HS</b>	- Afetivo	0,028	0,082	0,031	-0,013	0,043	-0,062
	- Emocional	0,050	0,013	0,051	-0,013	0,062	-0,066*
	- Informação	0,038	0,063	0,041	-0,014	0,053	-0,063*
	- Material	-0,040	0,092	-0,041	-0,001	-0,023	-0,054
	- Int. positiva	0,018	0,085	0,021	-0,015	0,030	-0,063
	- Total	0,006	0,079	0,007	-0,015	0,010	-0,065*
<b>AUT</b>	- Afetivo	0,145**	0,427**	0,158**	-0,043	0,162**	-0,033
	- Emocional	0,122**	0,327*	0,133**	-0,035	0,137**	-0,033
	- Informação	0,147**	0,384*	0,161**	-0,042	0,165**	-0,033
	- Material	-0,009	0,555**	-0,011	-0,027	-0,013	-0,013
	- Int. positiva	0,098**	0,438**	0,110**	-0,054	0,110**	-0,034
	- Total	0,029**	0,426**	0,032**	-0,052	0,033**	-0,038
<b>PPF</b>	- Afetivo	0,059**	-0,131	0,056**	0,008	0,060**	-0,020
	- Emocional	0,035**	-0,140	0,031*	0,009	0,034**	-0,019
	- Informação	0,061**	-0,147	0,056**	0,007	0,061**	-0,020
	- Material	0,017	-0,066	0,016	0,006	0,024	-0,017
	- Int. positiva	0,049**	-0,139	0,046**	0,002	0,050**	-0,021
	- Total	0,012**	-0,134	0,011**	0,004	0,013**	-0,022
<b>PSO</b>	- Afetivo	0,122**	0,245	0,129**	-0,004	0,134**	-0,026
	- Emocional	0,087**	0,197	0,093**	0,003	0,097**	-0,025
	- Informação	0,121**	0,211	0,128**	-0,005	0,133**	-0,027
	- Material	0,029	0,369*	0,025	-0,002	0,031	-0,017
	- Int. positiva	0,092**	0,235	0,098**	-0,016	0,102**	-0,030
	- Total	0,025**	0,235	0,027**	-0,012	0,028**	-0,031
<b>MEM</b>	- Afetivo	0,062	0,371	0,068	0,074	0,062	0,047
	- Emocional	0,056	0,324	0,065*	0,076	0,058	0,046
	- Informação	0,051	0,369	0,059	0,075	0,053	0,048
	- Material	0,075	0,459	0,054	0,065	0,054	0,045
	- Int. positiva	0,031	0,389	0,032	0,072	0,030	0,049
	- Total	0,014	0,359	0,015	0,069	0,014	0,044
<b>INT</b>	- Afetivo	0,225**	0,039	0,223**	0,045	0,216**	0,046**
	- Emocional	0,154**	-0,039	0,151**	0,055	0,144**	0,049**
	- Informação	0,210**	0,003	0,207**	0,047	0,200**	0,049**
	- Material	0,071*	0,280	0,057	0,046	0,047	0,062**
	- Int. positiva	0,163**	0,040	0,162**	0,028	0,157**	0,043**
	- Total	0,046**	0,028	0,045**	0,033	0,043**	0,040*
<b>TOTAL</b>	- Afetivo	0,660**	1,057	0,678**	0,125	0,689**	-0,029
	- Emocional	0,484**	0,761	0,502**	0,148	0,508**	-0,027
	- Informação	0,645**	0,865	0,663**	0,109	0,676**	-0,034
	- Material	0,154	1,764	0,096	0,134	0,120	0,020
	- Int. positiva	0,477**	1,042	0,488**	0,057	0,500**	-0,044
	- Total	0,134**	1,035	0,137**	0,072	0,142**	-0,059

\* p <0,1; \*\* p<0,05; C.Reg= Coeficiente de regressão; Int. Positiva= Interação Positiva; HS= Habilidade sensorial; AUT= autonomia; PPF= Atividades passadas e futuras; PSO= Participação Social; MEM= Morte e Morrer; INT= intimidade.

Na tabela 9 a idade foi limítrofe para a faceta habilidade do sensório quando interagiram com o suporte emocional e de informação e total, mas negativamente.

Sexo foi significativamente associado a faceta "Autonomia" nos níveis de suporte afetivo, material, interação positiva e total.

A idade influenciou positivamente associada a faceta intimidade em todos os modelos de níveis de suporte social.



**Tabela 10.** Coeficientes de regressão dos modelos lineares bivariados entre as facetas do WHOQOL-OLD e os níveis de suporte social ajustados por educação ou renda.

Faceta	Níveis de suporte	Faceta C.Reg.	Educação C.Reg.	Faceta C.Reg.	Renda C.Reg.	Faceta C.Reg.	Contatos C.Reg.
<b>HS</b>	- Afetivo	0,027	0,027	0,052	0,000	0,039	-0,015
	- Emocional	0,043	0,023	0,068	0,000	0,061	-0,021
	- Informação	0,033	0,025	0,053	0,000	0,048	-0,015
	- Material	-0,035	0,026	-0,233	0,000	-0,041	-0,008
	- Int. positiva	0,017	0,027	0,030	0,000	0,024	-0,012
	- Total	0,005	0,026	0,013	0,000	0,008	-0,014
<b>AUT</b>	- Afetivo	0,154**	0,033**	0,165**	0,000**	0,147**	0,011
	- Emocional	0,126**	0,019	0,148**	0,000**	0,128**	0,008
	- Informação	0,153**	0,026*	0,150**	0,000*	0,150**	0,015
	- Material	-0,008	0,034*	0,076	0,000**	-0,021	0,038**
	- Int. positiva	0,104**	0,032**	0,117**	0,000*	0,098**	0,019
	- Total	0,030**	0,030**	0,040**	0,000*	0,029**	0,015
<b>PPF</b>	- Afetivo	0,054**	0,015	0,054**	0,000**	0,053**	0,005
	- Emocional	0,027	0,013	0,044**	0,000**	0,027	0,008
	- Informação	0,053**	0,013	0,050**	0,000**	0,054**	0,006
	- Material	0,022	0,017*	-0,021	0,000**	0,017	0,013
	- Int. positiva	0,045**	0,014	0,041**	0,000**	0,045**	0,006
	- Total	0,011**	0,014	0,013**	0,000**	0,011**	0,006
<b>PSO</b>	- Afetivo	0,126**	0,025*	0,107**	0,000**	0,110**	0,029*
	- Emocional	0,087**	0,018	0,087**	0,000**	0,079**	0,031*
	- Informação	0,122**	0,021	0,101**	0,000**	0,112**	0,031*
	- Material	0,032	0,029*	0,001	0,000**	0,020	0,046**
	- Int. positiva	0,094**	0,024*	0,079**	0,000**	0,085**	0,032**
	- Total	0,025**	0,023*	0,025**	0,000**	0,023**	0,031*
<b>MEM</b>	- Afetivo	0,071	0,014	0,027	0,000**	0,063	0,014
	- Emocional	0,063	0,008	0,057	0,000**	0,061	0,011
	- Informação	0,059	0,012	0,035	0,000**	0,054	0,017
	- Material	0,074	0,018	-0,145	0,000**	0,067	0,023
	- Int. positiva	0,037	0,014	-0,012	0,000**	0,032	0,019
	- Total	0,016	0,012	0,006	0,000**	0,015	0,014
<b>INT</b>	- Afetivo	0,225**	0,006	0,260**	0,000**	0,204**	0,034**
	- Emocional	0,155**	-0,006	0,193**	0,000**	0,133**	0,039**
	- Informação	0,210**	-0,001	0,219**	0,000**	0,189**	0,042**
	- Material	0,071	0,014	0,171	0,000**	0,062	0,066**
	- Int. positiva	0,164**	0,005	0,184**	0,000**	0,150**	0,042**
	- Total	0,046**	0,003	0,059**	0,000**	0,041**	0,039**
<b>Total</b>	- Afetivo	0,681**	0,139**	0,663**	0,000**	0,632**	0,072
	- Emocional	0,478**	0,084	0,551**	0,000**	0,461**	0,083
	- Informação	0,649**	0,112	0,606**	0,000**	0,618**	0,089
	- Material	0,174	0,154*	0,068	0,000**	0,104	0,182**
	- Int. positiva	0,491**	0,137**	0,454**	0,000**	0,456**	0,095
	- Total	0,136**	0,127*	0,153**	0,000**	0,128**	0,085

\* p < 0,1; \*\* p < 0,05; C.Reg= Coeficiente de regressão; Int. positiva= Interação positiva; HS Habilidade sensorial; AUT= autonomia; PPF= Atividades passadas e futuras; PSO Participação Social; MEM; Morte e Morrer; INT= intimidade;

Na tabela 10 verifica-se que maior nível educacional foi relacionado a maior nível de qualidade de vida na faceta autonomia na interação com os níveis de suporte afetivo, interação positiva e total. . A renda foi significativa na interação com afetivo, emocional e material. O número de contatos foi significativo para Autonomia no nível de suporte material.

A renda foi significativa em todos os níveis de suporte na relação com a faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras.

A renda é significativa em todos os níveis de suporte social. Os contatos foram significativos para os níveis de suporte interação positiva e material.

A renda é significativa em todos os níveis de suporte social. Os contatos foram significativos para os níveis de suporte interação positiva e material.

A Renda foi significativa em todos níveis de suporte social na faceta Morte e Morrer.

A renda foi significativa em todos os níveis de suporte na relação com a faceta intimidade. Igualmente acontecendo com o número de contatos.

Educação foi significativa para o escore total nos modelos com o nível de suporte afetivo e interação positiva. Renda significativa para todos os modelos. Os contatos tiveram significância para o modelo com o suporte material.

## 6 DISCUSSÃO

Neste trabalho, explicitamos os resultados de uma pesquisa sobre idosos longevos com idade  $\geq 90$ , da cidade de Porto Alegre no Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre tem uma população de 1.409.351<sup>1</sup> com 4832 idosos de  $\geq 90$  anos: 90 a 99 anos = 4.682 (0,33%) e 100 anos ou mais 150(0,01%). Como foi demonstrado na tabela 1, a predominância foi de idosas longevas em relação aos idosos longevos na amostra estudada. A média de idade foi similar entre os longevos com as idosas apresentando uma média de  $93,4 \pm 3,44$  anos, enquanto a média dos homens foi de  $93,5 \pm 3,62$ .

As médias da renda familiar e individual foram superiores nos idosos do que nas idosas longevas. De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2011 (Pnad)<sup>1</sup>, 82,1% dos idosos brasileiros recebem da Previdência Social, ou seja, possuem renda permanente. Em relação às longevas, faz-se necessário ressaltar que estas são oriundas de um período em que as mulheres predominantemente permaneciam em casa, com nenhum, ou com escasso acesso ao mercado de trabalho, portanto com uma renda inferior a dos homens.

Apesar dos resultados revelarem perdas cognitivas consideráveis, os homens longevos que participaram da pesquisa apresentaram índices mais positivos do que as mulheres longevas em relação ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão reduzida (GDS-15). Estudo realizado com idosos longevos na Calábria<sup>53</sup>, revelou que as mulheres apresentavam mais sintomas depressivos do que os homens; que 47% dos longevos obtiveram um MEEM menor que 18, sinalizando comprometimento cognitivo; e uma taxa elevada de analfabetismo. Duarte<sup>54</sup> destaca que, de acordo com estudos epidemiológicos, fatores como a viuvez, afastamento social e de apoio de uma pessoa confiável com quem o idoso possa contar estão associados a uma maior ocorrência de sintomas depressivos.

Faz-se necessário destacar que os idosos do estudo durante as entrevistas tinham total liberdade para realizar o processo na presença de acompanhante. No entanto, verificou-se que o(s) acompanhante(s) presente, algumas vezes, demonstrava(m) excessiva proteção com tentativa de anular a decisão do participante. Em tais casos era necessário a intervenção com sensibilidade e a valorização das res-

postas do entrevistado. Essa mesma situação foi reconhecida em estudo por Davies<sup>55</sup>.

Kahle-Wroblewski<sup>56</sup> afirma que a literatura científica estabelece relação entre idade avançada e menor pontuação do MEEM, assim como também destaca o resultado do MEEM com nonagenários e centenários dependendo da disponibilidade de notas de corte apropriadas que levem em conta a idade e educação. Vale ressaltar que embora os idosos que participaram do estudo foram capazes de responder os questionamentos formulados, demonstraram dificuldades em realizar Itens do MEEM que exigissem a leitura e respostas por escrito, questão também contemplada por Dello Buono<sup>57</sup>. Outro fator pertinente a ressaltar é que alguns idosos relataram dificuldade auditiva e/ou dificuldade visual, fato que prejudicou o desempenho dos idosos durante a realização do MEEM.

As médias de AVD e AIVD foram maiores nos homens do que nas mulheres. Estudos corroboram com os resultados obtidos na pesquisa de Porto Alegre, ou seja, mostram a predominância de médias maiores de AVD e AIVD para os homens idosos do que para as mulheres idosas demonstrando uma incapacidade em realizar as atividades diárias maior entre as mulheres do que entre os homens<sup>58,59</sup> Pesquisa realizada em Newcastle<sup>58</sup> com idosos longevos descreve que as mulheres eram mais propensas a relatar dificuldades com AVD e AIVD do que os homens e também demonstrou que as mulheres apresentavam mais dificuldade com as atividades que exigiam mais força como, por exemplo, trabalhos domésticos pesados. Estudos realizados<sup>59,60</sup> descrevem que apesar dos idosos apresentarem menos capacidade funcional os centenários queixam-se menos de dor e desconforto do que idosos mais jovens.

A média do número de contatos revelou-se ser maior no sexo feminino do que no sexo masculino:  $7,2 \pm 5,22$  e  $6,4 \pm 3,18$  ( $p=0,5797$ ), respectivamente Pin<sup>61</sup>, cita que a perda de contatos é compensado pela chegada de novos parentes (netos, bisnetos) ou a realização de novas amizades. Também o mesmo autor acrescenta que ao contrário da crença de que os indivíduos se tornam cada vez mais isolados com o avanço da idade, observou-se que apenas as relações com os membros distantes das redes tendem a diminuir, em contraste, os contatos com parentes próximos e confidentes permanecem notavelmente estável, mesmo entre os idosos mais velhos. Em vista dos argumentos apresentados é fundamental expor que o importante é a

força dos laços, a disposição para fornecer suporte e qualidade de tal apoio, em vez de o número de ligações que uma pessoa tem em uma rede<sup>62</sup>.

A respeito dos contatos sociais Cavallero et al (2007)<sup>63</sup> relata que a maioria dos idosos estão satisfeitos com a sua vida social apesar da diminuição do tamanho da rede social "real", isto é, o nível de satisfação com os contatos não necessariamente se correlacionam com o número de contatos.

Em relação aos diversos tipos de suporte social, o estudo apontou que as mulheres necessitam mais do apoio material do que os homens. Por outro lado, os homens necessitaram mais dos apoios afetivo, emocional, informação e positiva do que as mulheres. ROSA et al.<sup>64</sup> apontam que há fortes evidências de que as redes sociais das idosas são maiores e mais amplas do que as dos idosos, e que os idosos, frequentemente, restringem-se ao contato com a esposa. Apesar das redes sociais e do apoio social serem atribuídos em grande parte aos familiares, faz-se necessário considerar a probabilidade dos longevos terem seus contatos reduzidos pelo fato da possibilidade aumentada de perda de familiares.

Quanto a avaliação dos quadros Domínios do WHOQOL (Domínio Físico, Domínio Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente) as médias de todos os domínios do WHOQOL, inclusive o nível total da Qualidade de Vida, foram maiores entre os longevos do que entre as longevas, mas as diferenças não foram significativas.

Em relação ao WHOQOL, o suporte material influenciou com maior intensidade o domínio 4 (meio ambiente), enquanto que os demais tipos de suporte social (afetivo, emocional, informação, social, positiva) influenciaram principalmente o domínio 2 (psicológico).

As diversas variáveis do suporte social não se alteraram significativamente quando ajustadas pela variável sexo em todos os domínios do WHOQOL. Já a variável idade aumentou o efeito das variáveis referentes ao suporte social nos domínios 1 e 2 e não influenciou nos domínios 3 e 4.

Chama atenção o fato de que no WHOQOL overall o efeito do suporte material aumentou quando ajustado pelas variáveis sexo e idade. Já o ajuste pela variável renda diminuiu o efeito de todas as variáveis referentes ao suporte social enquanto que o ajuste pela variável filhos aumentou o efeito da variável suporte material.

Levando-se em consideração o WHOQOL-OLD Total, o maior escore aparece no suporte afetivo. A face que apresenta os maiores escores, ou seja que sofre maior influência do suporte social é a faceta intimidade.

A respeito de idosos longevos, estudos apontam que os centenários que foram incorporados em uma rede social tinham visão de futuro mais positiva, com provável sentimento de segurança por estarem cercados de pessoas que fornecem o suporte<sup>65</sup>.

Ainda em relação ao WHOQOL-OLD, os coeficientes da relação entre a faceta habilidade sensorial e os diversos tipos de suportes sociais aumentaram quando foram ajustados pela variável idade. Já o ajustamento com as variáveis sexo, filhos e educação não alteraram significativamente estes mesmos coeficientes.

Exceto o coeficiente da relação com o suporte material que aumentou quando ajustado pela variável renda, os demais coeficientes da relação da faceta autonomia com o diferentes tipos de suporte social não se alteraram significativamente quando ajustados pelas variáveis sexo, filhos, idade, educação e renda,

Os coeficientes da relação da faceta atividades passadas e futuras com os diferentes tipos de suportes sociais bem como do Whoqol Total não sofreram influência quando ajustados pelas variáveis sexo, filhos, idade, educação e renda, exceto o suporte material que diminuiu o seu efeito quando ajustado pela variável renda.

Já os escores que expressam a relação entre as facetas participação social e morte morrer com as diferentes variáveis do suporte social não sofreram influencia quando ajustadas pelas variáveis sexo, filhos, idade, educação. Já quando estas foram ajustadas pela renda, ocorreu diminuição de seus efeitos.

Os coeficientes representativos da relação entre a faceta intimidade com as diferentes variáveis do suporte social diminuíram quando ajustadas pela variável idade. Já quando ajustadas pela variável renda, os efeitos aumentaram. Quando ajustadas pelas variáveis sexo, filhos e educação os coeficientes não se alteraram significativamente.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo contemplou idosos longevos com idade entre 90 a 105 anos e contou com a participação maior de mulheres. Em relação à renda, os homens declararam receber valores maiores, tanto em relação a renda familiar como a individual. O nível cognitivo dos idosos revelou-se superior ao das idosas. Em relação aos sintomas depressivos as idosas apresentaram escores superiores, enquanto que em relação ao desempenho funcional (AVDs E AIVDs) os idosos apresentaram escores maiores que as idosas. O número de contatos e suporte material foi maior nas mulheres enquanto que no suporte afetivo, emocional, informativo e positivo foi nos homens. O maior número de contatos representa uma melhor qualidade de vida nos domínios das relações sociais em todos os níveis estudados.

A qualidade de vida revelou-se melhor nos homens do que nas mulheres. Já na qualidade de vida referente a atividades passadas presentes e futuras foi melhor nas mulheres. Relacionado a esse fato é pertinente abordar que Rango et al<sup>66</sup> chamam a atenção de que os resultados confirmam que os homens envelhecem melhor.

Os domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente do WHOQOL foram positivamente influenciados pelos diferentes níveis de suporte social. O suporte material afetou somente o domínio meio ambiente.

No WHOQOL-OLD somente o as facetas Habilidades Sociais e Morte e Morrer não foram afetadas por níveis de suporte social. Novamente o suporte material não afetou nenhuma faceta WHOQOL-OLD.

Somente a renda influenciou a relação entre suporte social e a qualidade de vida, esta no domínio meio ambiente. O meio ambiente representa a segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais e participação em, e oportunidades de recreação/lazer.

Maior número de filhos influencia positivamente na qualidade de vida dentro das relações sociais (relações pessoais, suporte social).

A educação influenciou significativamente a qualidade de vida no meio ambiente nos níveis de suporte afetivo (demonstração de afeto), material (ajuda para trabalhos práticos, limpeza) e na interação positiva (informações e disponibilidade).

Maior nível de educação está relacionada a melhor qualidade de vida - faceta autonomia (refere-se à independência na velhice e como é capaz de tomar decisões).

Considerando-se a melhora paulatina e constante dos índices de desenvolvimento humano e social e, conseqüentemente, o aumento da expectativa de vida dos indivíduos, a temática longevidade urge ser considerada, priorizada pelo Estado e pela sociedade em geral. Para tanto, faz-se necessário a realização de mais estudos com idosos longevos em países economicamente em desenvolvimento que sirvam de indicadores para o estabelecimento de novos programas, projetos que viabilizem investimentos em políticas públicas que possam melhor amparar e possibilitar aos longevos maior autonomia, sustentabilidade, ampliando as redes de suporte e apoio social, promovendo, assim, melhor qualidade de vida.

Nossos resultados mostram claramente que todos os tipos de apoio social influenciam de forma positiva na qualidade de vida dos longevos.

Assim, faz-se necessário fortalecer as redes de apoio e suporte social para possibilitar um desempenho positivo do longevo como cidadão, valorizando-o e permitindo a sua participação mais efetiva na sociedade.



## 8 REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Tábuas de abreviatura de Mortalidade por sexo e Idade Brasil Grandes Regiões e Unidade da Federação 2010 [site na Internet]. [acesso 2013 jan 30]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
2. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (BR). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios. [acesso 2013 maio 18]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
3. ONU. United Nations. Report of the Second World Assembly on Ageing. Madrid, 8-12 April 2002 ISBN 92-1-130221-8
4. Boutique NC, Santos RLA de. Aspectos Socioeconômicos do Envelhecimento. In: Papaléo Netto M organizador A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002.p. 82- 91.
5. CEPAL. Informe Brasil para III Conferência Intergovenamental sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe: São José, Costa Rica, 2012 Disponível em: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Brasil.pdf>
6. Farinatti PTV. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. Rev Bras Med Esporte. 2002; 8(4):129-38.
7. Hayflick L. Como e por que envelhecemos. Rio de Janeiro: Editora Campus; 1996.
8. Da Cunha GL, Jeckel Neto EA. Teorias Biológicas do Envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia Teorias Psicológicas do Envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.; 2002; p.16.
9. Siqueira MEC. Teorias sociológicas do envelhecimento. in: Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. In: Neri. AL. Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectiva biológicas, psicológicas e sociológicas São Paulo: Papyrus; 2006. p.73-112.
10. Doll J, Gomes A, Hollerweger L, Pecoits RM, Almeida de ST. Atividade, Desengajamento, Modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. Estud. Interdiscip. envelhec. 2007;12: 7-33
11. Salgado CDS. Gerontologia Social. Buenos Aires: Espacio editorial; 2000.p.77-110.

12. Guerra LMB. La belleza de las arruga: Un estudio sobre la vejez en el Nordeste de Brasil. [tese]. Salamanca: Universidade de Salamanca; 2009. 536p
13. Putney:NM., Alley DE, Bengtson VL. Social Gerontology as Public Sociology in Action. *The American Sociologist* / Fall/Winter: 2005.88-104.
14. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA; 2002.
15. Pascucci MA, Chu N Leasure AR Health promotion for the oldest of old people. *Nursing older people* [online]. 2012 Apr;24(3):22-8.
16. Davies K, Collerton JC, Jagger BCJ, Barker SAH, Edwards J, Hughes M, et al. Engaging the oldest old in research: lessons from the Newcastle 85+ study. *BMC Geriatrics* 2010, 10:64 Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/64>
17. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Rev. bras. Fisiot.*, São Carlos, v.14, n.4, Aug. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-35552010000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552010000400009&lng=en&nrm=iso)> Access on 01 Jun 2013. Epub Sep 03, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S141335552010005000019>
18. Menezes TMO, Lopes RLM. Produção do Conhecimento Sobre Idoso Longevo: 1998-2008. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4):569-74
19. Rosset I, Roriz-Cruz M, Santos JLF, Haas VJ, Fabrício-Wehbe SCC; Rodrigues RAP. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 2, Apr. 2011. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102011000200018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000200018&lng=en&nrm=iso) Acesso em 01 Jun 2013.
20. Magnolfi SU, Petruzzi E, Pinzani P, Malentacchi F, Pazzagli M. Longevity index (LI%) and centenarity index (CI%): new indicators to evaluate the characteristics of aging process in the Italian population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 2007. May-Jun; 44(3):271-6
21. Netto, MP. Envelhecimento: Desafio na transição do século. In: Papaléo Netto, M, editor. *Gerontologia – A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2000. p.3-12.
22. Kumo MT. SILVA ,VP da, SILVA, AI da, L GOMES Centenários no mundo: uma visão panorâmica. *revista Kairós*, São Paulo, 12(1), jan. 2009, pp. 213-232

23. Poon, L. W. The Georgia Centenarian Study . International Journal of Aging and Human Development, 34(1).1992
24. Deiana, L. et al. Clin Chem, v. 46, p. A210. "Validation and Characteristics of Sardinian Centenarians". In: MYER, H.; VAUPEL, J. M. e ROBINE, J. M. Monography on Supercentenarians. Berlim, Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock, Germany. 2005
25. Suzuki M. et al. Successful aging: Secrets of Okinawan longevity. Geriatric Gerontology. 2005. Okinawa Centenarian Study: evidence based gerontology. . Acesso 22 janeiro de 2009: <http://okinawaprogram.com/study>
26. Bós, ÂG . Causas de óbitos em centenários brasileiros. In: XVII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 2010, Belo Horizonte. Geriatria e Gerontologia. Belo Horizonte: SBGG, 2010. v. 4. p. 28-29.
27. Ministério da Saúde. Acesso em 02 de setembro de 2010. <http://www.ministeriodasaude.gov.br>
28. Creutzberg, MA. instituição de Longa Permanência e a sua Relação com o Sistema Societal :Uma Análise Na Perspectiva da Teoria de Sistemas de NIKLAS LUHMANN. Porto Alegre. 2005
29. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Acesso em 05 de julho de 2010 <http://www.ipea.gov.br/portal/>
30. COELHO FILHO, J. M. O desafio da longevidade saudável. Diário do Nordeste, n. 28, jan. 2009.
31. Active Ageing: a policy framework. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde, 2002. Tradução para português 2005.
32. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Turismo. Acesso em: 15 de out de 2012. Disponível em: <http://www.portoalegre.rs.gov.br>
33. Observatório da Cidade de Porto Alegre. Porto Alegre: PROCEMPA, 2008 Acesso em: 09 de março de 2013. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/tpl\\_indicadores.php](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/tpl_indicadores.php)
34. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento acesso em 28.05.13. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li\\_IDH](http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDH)
35. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. .[acesso 2013 abril 13].. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/b09capc.htm>
36. Kaplan B, Cassel J, Gore S. Social support and health. Medical Care; 1977, 15, 47-58.

37. Cassel J. "The contribution of the Social Environment to Host Resistance". American Journal of Epidemiology, 1976. 104, 107-123
38. Capitanini MES. Solidão na velhice: Realidade ou mito? In: Neri AL, Freire SA (Orgs.). E por falar em boa velhice. Campinas: Papirus, 2000.p. 69-89.
39. Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. Sociologias, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 156-175
40. Oliveira SFD. Demanda Referida e Auxílio Recebido por Idosos com Declínio Cognitivo no Município de São Paulo. Saúde e Sociedade v.16, n.1, p.81-89, jan-abr 2007.
41. Uchino BN. Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. Journal of Behavioral Medicine, 29( 4) Aug. 2006
42. Paúl C. "Envelhecimento activo e redes de suporte social" Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>
43. Erbolato RMPL. Relações sociais na velhice. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia Teorias Psicológicas do Envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.p 957
44. Domingues MA, Dernt LAM. Rede de suportes sociais. In: Avaliação Global do Idosos: Manual da Liga do GAMIA. ATHENEU. São Paulo.2005.p160.
45. Martins RML. A. Relevância do Apoio Social na Velhice. Revista do ISPV, n.29, Millenium , 2004. p. 249
46. Nogueira MLA. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In: N.J. Botega (org.) Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência. Porto Alegre: Artmed Editora.2002
47. Knorst MR. Qualidade de Vida do Idoso. In: TERRA, Newton L.organizador.. Envelhecendo Com Qualidade de Vida. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.p.31
48. Veras RP, Caldas C P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. Ciência & Saúde Coletiva, 9(2):423-432, 2004
49. PNUD.[http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li\\_IDH](http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDH). acesso em 28.05.13

50. Neri A L. Velhice e qualidade de vida na mulher. Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociais. in. NERI, A L (Org). Campinas-SP. PAPIRUS. 2001. p.161-200-livro
51. Ministério da Saúde (Brasil), Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de Atenção Básica nº19. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/>
52. Davies K, Collerton JC, Jagger C, Bond J, Barker SAH, Edwards J et al. To grow old in southern Italy: a comprehensive description of the old and oldest old in Calabria. *Gerontology*. 2011;57(4):327-34.
53. Bós, ÂG. Epi Info Sem Mistérios [e-book]. Porto Alegre: PUCRS; 2012. disponível em;.. <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/epiinfo.pdf>
54. Duarte YAO, Lebrão ML. Repensando o cuidado frente uma sociedade que envelhece. *Saúde Coletiva* 2008.; 5(20), p. 38-38.
55. Davies K, Collerton JC, Bond JC, Barker J, Sally AH, Edwards J, Hughes, MH, ROBINSON JML. Engaging the oldest old in research: lessons from the Newcastle 85+ study. Davies et al. *BMC Geriatrics* 2010, 10:64
56. Kahle-Wroblewski K, Corrada MM, Li B, Kawas CH, Sensitivity and specificity of the Mini-Mental state examination for identifying dementia in the oldest-old: The 90+ Study. *J Am Geriatr Soc*. 2007 Feb;55(2):284-9.
57. Dello Buono M, Urciuoli O, De Leo D. Quality of life and longevity: a study of centenarians. *Oxford Journals Medicine Age and Ageing*, 1998.27(2) p. 207-2
58. Kingston A, Collerton J, Davies K, Bond J, Robinson L, Jagger C. Losing the Ability in Activities of Daily Living in the Oldest Old: A Hierarchical Disability Scale from the Newcastle 85+ Study. *PLoS ONE* 2012; 7(2): 1-7.
59. Rosset I, Roriz-Cruz M, Santos Jair LF, Haas VJ, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2011 Apr;45(2):391-400. disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000200018>
60. Grundy. E, Holt G. The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities?. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55:895-904
61. Pin S, Guillely E, Spini D, Lalive EC. The impact of social relationships on the maintenance of independence in advanced old age: findings of a Swiss longitudinal study. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2005; 38(3):203-209.

62. Nurullah AS. Received and provided social support: a review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*: 2012, 27(3).
63. Cavallero P., Morino-Abbele F., Bertocci B. The social relations of the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2007 Suppl. 1: 97-100.
64. Rosa.TEC. Benício.MHA. As Redes Sociais e de apoio: o conhecer e a sua influencia na saúde. envelhecimento e saúde. *Boletim do Instituto de Saúde*. abr. 2009.
65. Jopp D, Rott R. (2006) Adaptation in very old age: Exploring the role of resources, beliefs, and attitudes for centenarians' happiness. *Psychology and Aging*; 2006; 21(2):266 – 280.
66. De Rango F, Montesanto A, M Berardelli M, Mazzei, Mari V, Lattanzio F A Corsonello A, Passarino G. .To Grow Old in Southern Italy: A Comprehensive Description of the Old and Oldest Old in Calabria. *Gerontology* 2011;57:327–334

## 9 APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Relação da rede de apoio social e a qualidade de vida em idosos longevos

Prezado (a) Senhor (a):

O(a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um estudo que tem o objetivo de avaliar o apoio recebido por idosos longevos Porto Alegre-RS, que está sendo realizado pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUC-RS. Solicitamos, então a sua autorização para realizarmos uma entrevista que durará entre 45 minutos e 1 hora onde serão questionados vários aspectos de sua vida. O entrevistador poderá solicitar a ajuda de um familiar ou acompanhante para responder algumas perguntas caso o Sr (a) encontre alguma dificuldade. O seu nome e dos seus familiares não vão aparecer ao final da pesquisa. Caso concorde(m), o senhor(a) e ou seu familiar deverá(ão) assinar este termo, e ficará(ão) com uma cópia dele também, caso precise(m) entrar em contato conosco por qualquer motivo. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para o (a) senhor(a) ou familiar por estar(em) participando da pesquisa e nem prejuízo ao Sr (a) ou a seus familiares. Se tiver alguma dúvida poderá me perguntar ou entrar em contato comigo através de endereço, telefone e e-mail abaixo. Este estudo segue os princípios enunciados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996). O(a) Sr(a) ou familiar poderá também entrar em contato com a responsável por esta pesquisa a Assistente Social doutoranda. Maria Heloisa Fialho Cauduro: hfcauduro@yahoo.com.br, bem como seu orientador Ângelo José Gonçalves Bós pelos telefones comerciais: 051 - 3336 8153 ramal 211, 051- 3320 3345 (Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS) e celular: 051- 82037878.

Após tomar conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto Eu \_\_\_\_\_ aceito participar desta pesquisa. Sei que no final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Recebi cópia deste documento, assinado pelo pesquisador e orientador, e tive oportunidade de discuti-lo com os mesmos.

Idoso ( ) cuidador ( ) Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2011.

\_\_\_\_\_

**Assinatura do idoso      Assinatura do familiar/acompanhante**  
**ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_      Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL**

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: \_\_\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Avaliador: \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÃO**

- Dia da semana (1 ponto) .....( )
- Dia do mês (1 ponto) .....( )
- Mês (1 ponto) .....( )
- Ano (1 ponto) .....( )
- Hora aproximada (1 ponto) .....( )
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto) .....( )
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) .....( )
- Bairro ou rua próxima (1 ponto) .....( )
- Cidade (1 ponto) .....( )
- Estado (1 ponto) .....( )

**MEMÓRIA IMEDIATA**

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta .....( )
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

**ATENÇÃO E CÁLCULO**

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto) .....( )
- (alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

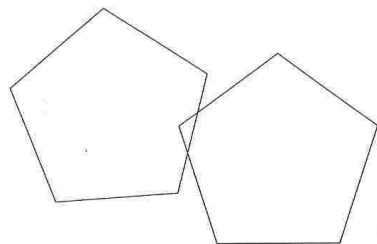
**EVOCÇÃO**

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra) .....( )

**LINGUAGEM**

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) .....( )
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) .....( )
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts) .....( )
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto) .....( )
- Escrever uma frase (1 ponto) .....( )
- Copiar um desenho (1 ponto) .....( )

**SCORE: (\_\_\_\_/30)**





## 10 ANEXO B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

INFORMAÇÕES GERAIS		NÚMERO DO QUESTIONÁRIO
1.Nome:		<input type="text"/>
2.Endereço:		<input type="text"/>
3. Telefone:	<input type="text"/>	4.Celular:
5.Cidade:	<input type="text"/>	6.Estado:
7.Bairro	<input type="text"/>	
8.Data da Entrevista: _____/_____/_____		
9.Data de nascimento: _____/_____/_____	12.Local Nascimento: _____	
10.Idade: _____anos	a. ( ) urbano                      c. ( ) não sabe b. ( ) rural                         d. ( ) não respondeu	
11. Gênero: a. ( ) Masculino b. ( ) Feminino	13.Raça: a. ( ) branco b. ( ) pardo c. ( ) negra	14. Religião: a. ( ) católica                      c. ( ) evangélico b. ( ) espírita                      d. ( ) outra
15. Escolaridade: (escolha simples)		
a. ( ) não alfabetizado (não sabe ler nem escrever, mesmo que tenha estudado)		
b. ( ) alfabetizado (mas não fez nem a 1ª série)		
c. ( ) primário completo (4 série)		
d. ( ) ginásial completo (8 série)		
e. ( ) secundário completo		
f. ( ) superior completo (se mais que 1 ano)		
g. ( ) pós graduação, mestrado, etc.		
h. ( ) primário incompleto (1 a 3 série)		
i. ( ) ginásial incompleto (5 a 7 série)		
j. ( ) complementar (técnicos pós gin.)		
k. ( ) secundário incompleto		
l. ( ) superior incompleto		
m. ( ) não sabe		
QUALIFICAÇÃO DA MORADIA E INFRA-ESTRUTURA		
16.Sua residência possui:		16.4 Sua moradia é:
16.1Rede Pública		a.( ) própria
a.( ) canalização		b ( ) alugada
b.( ) rede pública, sem canalização		c ( ) cedida
c.( ) bica ou torneira pública		d ( ) invadida
d.( ) poço		e ( ) não sabe
e.( ) não sabe		f ( ) outros _____
f. ( ) outros _____		

<p><b>16.2 Banheiro</b>  a. ( ) banheiro com vaso sanitário e chuveiro  b. ( ) banheiro com vaso sanitário sem chuveiro  c. ( ) não sabe  d. ( ) ( ) outros: _____</p>	<p><b>16.3 energia elétrica</b>  a. ( ) energia elétrica com medidor  b. ( ) energia elétrica sem medidor  c. ( ) não sabe:  d. ( ) outros: _____</p>												
<b>DADOS FAMILIARES E DE RELAÇÕES SOCIAIS</b>													
<p><b>17. Estado Civil:</b>  a. ( ) Solteiro                      c. ( ) Casado  b. ( ) Viúvo                         d. ( ) Separado</p>													
<p><b>18. Sobre seus filhos (inclusive adotados)</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">a. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___</td> <td style="width: 50%;">g. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___</td> </tr> <tr> <td>b. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___</td> <td>h. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___</td> </tr> <tr> <td>c. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___</td> <td>i. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___</td> </tr> <tr> <td>d. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___</td> <td>j. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___</td> </tr> <tr> <td>e. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___</td> <td><b>Filho mais novo</b></td> </tr> <tr> <td>f. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___</td> <td>k. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">l. Outros: _____</p>		a. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___	g. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___	b. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___	h. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___	c. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___	i. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___	d. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___	j. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___	e. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___	<b>Filho mais novo</b>	f. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___	k. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___
a. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___	g. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___												
b. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___	h. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___												
c. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___	i. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___												
d. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___	j. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___												
e. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___	<b>Filho mais novo</b>												
f. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___	k. ( ) F ( ) M ( ) Vivo ( ) Falecido Idade ___												
<p><b>19. Vive com quem?</b>  a. ( ) Sozinho  b. ( ) Filhos Nº do(s) Filho _____  c. ( ) Neto adultos (s) Nº do(s) Filho _____  d. (..) Neto (escolar) ( ) ( ) Netos (pré-escolar)  e. ( ) cônjuge/ companheiro idade: _____ .  f. ( ) Empregado /Funcionário/ Cuidador  g. ( ) Outros: _____</p>													
<p><b>20. Em que lugar costuma realizar sua principal refeição? (ESCOLHA SIMPLES)</b>  a. ( ) na cozinha  b. ( ) Sala de Jantar  c. ( ) Quarto  d. ( ) outro local: _____</p>													
<p><b>21. Com quem costuma realizar sua principal refeição?</b>  a. ( ) Sozinho  b. ( ) Filho(a) solteiro ( ) Filho(a) casada ( ) Filho(a) casada n<sup>o</sup> _____  c. ( ) Neto(s) adulto(s) e ( ) Neto(s) menor(es) n<sup>o</sup> _____  d. (..) Nora(s) ( ) Gênero(s) n<sup>o</sup> _____  e. ( ) Cônjuge/ companheiro <b>idade:</b> _____ .  f. ( ) Empregado(a) /Funcionário(a)/ Cuidador(a)  g. ( ) Outros: _____</p>													
<p><b>22. Dispõe de telefone em casa (fixo ou celular)? (ESCOLHA SIMPLES)</b>  ( ) sim ( ) sim, mas nunca atende ( ) não ( ) não sabe</p>													
<p><b>23. Quantas vezes por semana conversa com amigos ou parentes que não moram com o Sr(a)?</b>  Vezez por semana</p> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> </table> </div>													
<b>DADOS ECONÔMICOS E LABORAIS</b>													
<p><b>24. Possui alguma Renda:</b>  a. ( ) sim  b. ( ) não</p> <p><b>25. Procedente de:</b>  a. ( ) Aposentadoria  b. ( ) Pensão  c. ( ) BPC  d. ( ) Outros: _____</p>													

26. Renda Familiar R\$: \_\_\_\_\_

27. Salários Mínimos:

28. Os rendimentos que o Sr(a) tem cobrem as suas necessidades?

- a.  muito bem  
 b.  razoavelmente  
 c.  com dificuldades

28. Classificação econômica:

### Posse de itens

	Não tem	T E M			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Tabela de avaliação segundo classificação Econômica do Brasil - ABEP

### Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

Tabela de avaliação segundo classificação Econômica do Brasil - ABEP

29. Recebe ajuda ou auxílio financeiro de alguém? (marque as alternativas, familiar = cônjuge, filho neto; parente = outro parente; outro = pessoa sem parentesco ex-vizinho ou pessoa amiga) (ESCO-LHAS SIMPLES)

- |                                                     |                                                     |                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a. <input type="checkbox"/> não recebe ajuda        | <input type="checkbox"/> ninguém (exclui as outras) | <input type="checkbox"/> NSA (recebe ajuda                                                        |
| b. <input type="checkbox"/> dinheiro                | <input type="checkbox"/> ninguém                    | <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> outro |
| c. <input type="checkbox"/> Vestuário               | <input type="checkbox"/> ninguém                    | <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> outro |
| d. <input type="checkbox"/> saúde(exames, planos)   | <input type="checkbox"/> ninguém                    | <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> outro |
| e. <input type="checkbox"/> .habitação (aluguel)    | <input type="checkbox"/> ninguém                    | <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> outro |
| f. <input type="checkbox"/> alimentação             | <input type="checkbox"/> ninguém                    | <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> outro |
| g. <input type="checkbox"/> .remédios               | <input type="checkbox"/> ninguém                    | <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> outro |
| h. <input type="checkbox"/> paga cuidador (enferm.) | <input type="checkbox"/> ninguém                    | <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> outro |
| i. <input type="checkbox"/> não sei responder       | <input type="checkbox"/> ninguém                    | <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> outro |
| j. <input type="checkbox"/> outra ajuda financeira  | <input type="checkbox"/> ninguém                    | <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> outro |

<b>SUPORTE COMUNITÁRIO E SERVIÇOS DE SAÚDE</b>																									
<b>30.O Sr(a) tem algum plano de saúde ?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não																									
<b>31.Caso na última vez que consultou, tenha recebido prescrição (receitas), como conseguiu os medicamentos? (ESCOLHA SIMPLES)</b> a. <input type="checkbox"/> comprou todos b. <input type="checkbox"/> conseguiu todos no posto de saúde c. <input type="checkbox"/> conseguiu alguns no posto e comprou o restante d. <input type="checkbox"/> conseguiu alguns e ficou sem os outros e. <input type="checkbox"/> conseguiu alguns no posto e de outra maneira: f. <input type="checkbox"/> conseguiu de outra maneira: g. <input type="checkbox"/> não conseguiu nenhum h. <input type="checkbox"/> não se aplica (não consultou, não recebeu receita) i. <input type="checkbox"/> não																									
<b>32. Conhece o Estatuto do Idoso? (ESCOLHA SIMPLES)</b> a. <input type="checkbox"/> conhece muito bem (já leu todo) b. <input type="checkbox"/> conhece parcialmente (já leu alguma coisa) c. <input type="checkbox"/> Já ouviu falar, mas não sabe nada d. <input type="checkbox"/> nunca ouviu falar e. <input type="checkbox"/> não sabe responder																									
<b>33. O Sr(a) tem conhecimento da atuação do Ministério Público em relação ao idoso:</b> a. <input type="checkbox"/> sim b. <input type="checkbox"/> não <b>33.1. Já precisou utilizar alguma vez:</b> a. <input type="checkbox"/> sim         Em que situação: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> b. <input type="checkbox"/> não																									
<b>34. O Sr(a) tem conhecimento da atuação da Delegacia do Idosa</b> a. <input type="checkbox"/> sim b. <input type="checkbox"/> não <b>34.1. Já precisou utilizar alguma vez:</b> a. <input type="checkbox"/> sim         Em que situação: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> b. <input type="checkbox"/> não																									
<b>35.O(a) Sr(a) sabe que o idoso tem direito :</b> "Atendimento médico domiciliar se estiver impossibilitado de se locomover? (Art. 15º., IV) Fornecimento gratuito de medicamentos, especialmente os de uso continuado, próteses, etc? (Art. 15º.,§ 2º)" a. <input type="checkbox"/> nunca ouviu falar, não sabe nada sobre isso b. <input type="checkbox"/> sabe e já colocou em prática c. <input type="checkbox"/> precisaria, mas é muito difícil ou complicado, desistiu d. <input type="checkbox"/> não sabe responder																									
<b>36.O Sr(a) tem conhecimento de algum projeto ,Centro comunitário ou de saúde/ ONGs -Público ou Privado-perto de sua casa que possibilite:</b> a. <input type="checkbox"/> atividades de recreação b. <input type="checkbox"/> atividades Sociais c. <input type="checkbox"/> atividades de saúde/preventivas d. <input type="checkbox"/> atividades Educacionais e. <input type="checkbox"/> atividades Laborais , artesanato f. <input type="checkbox"/> atividades Físicas g. <input type="checkbox"/> atividades artísticas (coral, teatro, musica, literatura, artes plástica) h. <input type="checkbox"/> atividades Espirituais /Religioso i. <input type="checkbox"/> Centros de Dia j. <input type="checkbox"/> Serviços de Apoio Domiciliar ( domésticos, de reparo elétrico,hidráulico,marcenaria  Que tipo:																									

h. ( ) que pres- serviços de emergência	<input type="checkbox"/>	Pessoas tem
Que tipo:	<input type="checkbox"/>	
<p><b>37.</b>O quanto a sua opinião prevalece na tomada de decisões importantes sobre a sua própria vida, como consultar ou fazer uma cirurgia? (ESCOLHA SIMPLES)</p> <p>a. ( ) Sempre decide sozinho</p> <p>b. ( ) Sempre se aconselha, mas sua opinião prevalece</p> <p>c. ( ) cônjuge (companheiro(a) e o(a) entrevistado(a) decidem juntos</p> <p>d. ( ) cônjuge (companheiro(a) decide</p> <p>e. ( ) genro ou nora toma as decisões</p> <p>f. ( ) filhos(as) decidem</p>		
<p><b>38.</b>Alguma vez já precisou ou quis ficar em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (clínica, casa ou lar geriátrico particular, pública ou filantrópica)? (ESCOLHA SIMPLES)</p> <p>a. ( ) não, nunca quis ou precisou</p> <p>b. ( ) quis, mas não achou um lugar que agradasse e fosse acessível financeiramente</p> <p>c. ( ) quis, mas não achou um lugar que fosse acessível financeiramente</p> <p>d. ( ) quis, mas não achou um local que me agradasse</p> <p>e. ( ) morou por um tempo, mas não precisou mais</p> <p>f. ( ) por um tempo, mas não se adaptou</p>		
<b>ATIVIDADES SÓCIORECREATIVAS E CULTURAIS</b>		
<p><b>39.</b>Participa de atividades Sócio recreativas</p> <p>a. ( ) Baralho / outros jogos      g. ( ) Passeios</p> <p>b. ( ) Artesanato                      h. ( ) Bingos</p> <p>c. ( ) Música                            i. ( ) Voluntariado</p> <p>d. ( ) Leitura                            j. ( ) Atividade espiritual / religiosa ( )</p> <p>e. ( ) Assistir TV                        k. ( ) nenhuma</p> <p>f. ( ) Conversar                        l. ( ) outra (as): _____</p>		
<p><b>40.</b>Você costuma receber visita ou visitar amigos?</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>      vezes por semana</p>		
<p><b>41.</b>Você costuma viajar?                      Tipo de viagem:</p> <p>a. ( ) Turismo</p> <p>b. ( ) Visitar parentes</p> <p>c. ( ) Tratamento</p> <p>d. ( ) outros:      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> :</p> <p><b>42.</b> Em média      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> :                      ( ) semana ( ) mês ( ) ano</p>		
<b>SAÚDE</b>		
<p><b>43.</b>Em geral diria que sua saúde é:</p> <p>( ) ótima</p> <p>( ) boa</p> <p>( ) regular</p> <p>( ) má</p> <p>( ) péssima</p>		
<p><b>45.</b>Como classificaria sua visão (mesmo com óculos ou lentes)? (ESCOLHA SIMPLES)</p> <p>( ) ótima      ( ) boa      ( ) regular      ( ) má      ( ) péssima      ( ) cego(a)</p>		
<p><b>46.</b>Como sua audição (mesmo usando aparelho, caso use)? (ESCOLHA SIMPLES)</p> <p>( ) ótima      ( ) boa      ( ) regular      ( ) má      ( ) péssima      ( ) surdo(a)</p>		

- 47.**Algun médico ou outro profissional de saúde disse que tinha ou tem alguma dessas doenças especificadas abaixo: (MÚLTIPLA ESCOLHA) toma medicamento para isso?
- |                                                       |                                         |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| a. ( ) Problemas do coração(angina,infarto,arritmia)  | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |
| b. ( ) Hipertensão ou pressão alta (inclui diurético) | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |
| c. ( ) Diabetes (açúcar no sangue)                    | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |
| d. ( ) Probl. Intestinais(gastrite,úlcer,refluxo)     | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |
| e. ( ) Infecções respiratórias repetidas              | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |
| f. ( ) Artrose, junta gasta ou reumatismo             | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |
| g. ( ) Infecção urinária de repetição .....           | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |
| h. ( ) Doença da tireóide (hiper ou hipo)             | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |
| i. ( ) Prob. Olhos (glaucoma, catarata, degeneração)  | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |
| j. ( ) Doença de Parkinson e outro tremor             | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |
| k. ( ) Derrame ou isquemia cerebral                   | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |
| l. ( ) Demências ou Alzheimer                         | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |
| m. ( ) Depressão                                      | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |
| n. ( ) Ansiedade                                      | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |
| o. ( ) Câncer exceto de pele                          | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |
| r. ( ) Excesso de peso                                | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |
| s. ( ) Outra doença:                                  | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |
| o. ( ) nenhuma doença (exclui as outras)              | ( ) toma( ) tomou( ) nunca tomou( ) NSA |

## 11 ANEXO C – DOMÍNIO AVALIAÇÃO FUNCIONAL

(ESCALA ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA - ABVD)

DOMÍNIO AVALIAÇÃO FUNCIONAL	
Nome:	
1.O(a) senhor(a) não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para lavar uma parte do corpo?	
<input type="checkbox"/> 0- Sim	<input type="checkbox"/> 1- Não
2. O(a) senhor(a) pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos?	
<input type="checkbox"/> 0- Sim	<input type="checkbox"/> 1- Não
3. O(a) senhor(a) vai ao banheiro, usa o banheiro, se veste e retorna sem qualquer ajuda(andador/bengala)?	
<input type="checkbox"/> 0- Sim	<input type="checkbox"/> 1- Não
4. O(a) senhor (a) consegue deitar na cama, sentar-se na cadeira e levantar sem ajuda (andador ou bengala)?	
<input type="checkbox"/> 0- Sim	<input type="checkbox"/> 1- Não
5. O (a) senhor (a) controla completamente urina e fezes?	
<input type="checkbox"/> 0- Sim	<input type="checkbox"/> 1- Não
6. O (a) senhor (a) come sem ajuda (exeto para cortar carne e passar manteiga no pão)?	
<input type="checkbox"/> 0- Sim	<input type="checkbox"/> 1- Não
Fonte: Katz, S., T. D. Downs, et al. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist, v.10, n.1, Spring, p.20-30. 1970.	

## 12 ANEXO D – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Domínio Suporte Social				
Nome:		Idade:		
Se o (a) senhor (a) precisar, com que freqüência conta com alguém				
1. que o ajude, se ficar de cama?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
2. para levá-lo (a) ao médico?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
3. para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
4. para ajudá-lo (a) nas tarefas diárias, se você ficar doente?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
5. que demonstre afeto por você?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
6. que lhe dê um abraço?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
7. que você ame e que faça se sentir querido?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
8. para lhe ouvir quando precisa falar?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
9. em quem possa confiar para falar de você ou sobre seus problemas?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
10. para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
11. que compreenda seus problemas?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
12. para lhe dar bons conselhos em situação de crise?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
13. para lhe dar informação que o (a) ajude a compreender uma determinada situação?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
14. de quem realmente quer conselhos?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
15. para se divertir junto?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
16. para relaxar?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
17. com quem distrair a cabeça?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
18. com quem fazer coisas agradáveis?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
19. para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
<b>1. Nunca</b>	<b>2. Raramente</b>	<b>3. Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>5. Sempre</b>



## 13 ANEXO E – ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO

### ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (Yesavage, 1983)

Nome:	
<b>1. Você está satisfeito com sua vida?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>2. Abandonou muitos de seus interesses e atividades?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>3. Sente que sua vida está vazia</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>4. Sente-se frequentemente aborrecido?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>5. Você tem muita fé no futuro?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>6. Tem pensamentos negativos?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>7. Na maioria do tempo está de bom humor?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>8. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>9. Sente-se feliz na maioria do tempo?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>10. Sente-se frequentemente desamparado, adoentado?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>11. Sente-se frequentemente intranquilo?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>12. Prefere ficar em casa em vez de sair?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>13. Preocupa-se muito com o futuro?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>14. Acha que tem mais problemas de memória que os outros?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>15. Acha bom estar vivo?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>16. Fica frequentemente triste?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>17. Sente-se inútil?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>18. Preocupa-se muito com o passado?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

<b>19. Acha a vida muito interessante?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sim</b>	<input type="checkbox"/> Não
<b>20. Para você é difícil começar novos projetos?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sim</b>	<input type="checkbox"/> Não
<b>21. Sente-se cheio de energia?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sim</b>	<input type="checkbox"/> Não
<b>22. Sente-se sem esperança?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sim</b>	<input type="checkbox"/> Não
<b>23. Acha que os outros têm mais sorte que você?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sim</b>	<input type="checkbox"/> Não
<b>24. Preocupa-se com coisas sem importância?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sim</b>	<input type="checkbox"/> Não
<b>25. Sente frequentemente vontade de chorar?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sim</b>	<input type="checkbox"/> Não
<b>26. É difícil para você concentrar-se?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sim</b>	<input type="checkbox"/> Não
<b>27. Sente-se bem ao despertar?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sim</b>	<input type="checkbox"/> Não
<b>28. Prefere evitar as reuniões sociais?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sim</b>	<input type="checkbox"/> Não
<b>29. É fácil para você tomar decisões?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sim</b>	<input type="checkbox"/> Não
<b>30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sim</b>	<input type="checkbox"/> Não

---

Pontuação: **0** quando for **diferente da resposta em negrito**  
**1** quando for igual à resposta em **negrito**  
**Total > 10 = suspeita de depressão**

## 14 ANEXO F – WHOQOL-OLD



### WHOQOL-OLD

#### Instruções

**ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF**

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

**O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?**

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

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

**Muito obrigado(a) pela sua colaboração!**

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 Quão 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 Quão 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 Quão 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 Quão 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 Quão 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

**VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?**

**OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!**

## 15 ANEXO G – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. CEP-1095/11

Porto Alegre, 06 de julho de 2011.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 11/05451 intitulado **“Relação da rede de apoio social e a qualidade de vida em idosos longevos”**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider  
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.  
Prof. Dr. Angelo Bós  
Instituto de Geriatria e Gerontologia  
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000  
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)



## 16 ANEXO H – CARTA DE ACEITE DE PUBLICAÇÃO B2

Angelo Jose Goncalves Bos

---

**De:** Dra. Adriane Ribeiro Teixeira <adriane.teixeira@ufrgs.br>  
**Enviado em:** Friday, May 31, 2013 6:34 PM  
**Para:** Angelo Jose Goncalves Bos  
**Cc:** Maria Heloisa Fialho Cauduro; Adroaldo Cauduro  
**Assunto:** [EIE] Decisão editorial

Ângelo José Gonçalves Bós,

Foi tomada uma decisão sobre o artigo submetido à revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, "Fatores Associados a Morar Sozinho e suas Diferenças Regionais em Idosos Residentes de Porto Alegre e Manaus".

A decisão é: O ARTIGO FOI ACEITO PARA PUBLICAÇÃO.

Dra. Adriane Ribeiro Teixeira  
UFRGS  
Fone (51) 91151790  
Fax (51)3308-5066

[adriane.teixeira@ufrgs.br](mailto:adriane.teixeira@ufrgs.br)

Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer>

## 17 ANEXO I – ARTIGO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO

### Fatores Associados a Morar Sozinho e suas Diferenças Regionais em Idosos

#### Residentes de Porto Alegre e Manaus

#### Factors Associates to Living Alone and Their Regional Differences in Elderly People Residing in Porto Alegre and Manaus

##### Resumo

**Objetivos:** Verificar se características sociodemográficas, estilo de vida e estado da saúde estão associados ao fato do idoso morar sozinho em amostras populacionais de duas capitais brasileiras de regiões distintas e as possíveis diferenças entre os residentes de Porto Alegre e Manaus.

**Metodologia:** Foi realizada análise secundária de dados de dois estudos transversais com base populacional, realizados em Porto Alegre e Manaus em 2006, que utilizaram idênticas metodologias e instrumentos de pesquisa. Modelos de regressão logística utilizaram a variável dependente *morar sozinho*, dicotômica. A amostra total foi de 1547 idosos ( $\geq 60$  anos), ambos os sexos: 1078 em Porto Alegre e 469 em Manaus, 291 idosos moravam sozinhos, (Manaus 39, Porto Alegre 252).

**Resultados:** Fatores significativamente relacionados com a chance maior de morar sozinho foram: ser mulher, ter renda individual de dois ou mais salários mínimos, menor número de filhos, receber ajuda para “habitação”. A idade da aposentadoria foi fator preditor significativo somente em idosos de Porto Alegre, enquanto escolaridade foi significativa somente para a Manaus. Estado de saúde, autopercepção de saúde e prevalência de comorbidades não foram fatores significativos para morar sozinho nas duas cidades.

**Conclusões:** Concluímos que fatores socioeconômicos são preditores importantes para o idoso residir sozinho. Contrário ao que se supunha, ter pior estado de saúde

não foi importante. Observamos mais idosos morando sozinhos em Porto Alegre, sendo estes influenciados por terem se aposentado com maior idade. Já em Manaus ser alfabetizado foi um fato significativo para morar sozinho.

**Palavras-chave:** envelhecimento, arranjos familiares, diferenças regionais, autopercepção de saúde.

### **Abstract**

**Objectives:** To verify whether socio-demographic characteristics, lifestyle and health status contribute to the status of living alone in population based samples from two distinct Brazilian capitals and the possible difference in residents of Porto Alegre and Manaus.

**Methods:** We performed a secondary analysis of comparative data from two cross-sectional population-based studies, conducted in the cities of Porto Alegre and Manaus in 2006, that used similar methodologies and research tools. Logistic regression models used *living alone*, as dichotomous dependent variable. The total sample was 1547 elderly ( $\geq 60$  years old), both sexes: 1078 in Porto Alegre and 469 in Manaus. There were 291 elderly living alone (Manaus 39, Porto Alegre 252).

**Results:** Factors significantly associated with greater chance of living alone were: being female, having individual income of two or more minimum wages, fewer children, and receiving help for "housing". The retiring age was a significant predictor only in the elderly of Porto Alegre. Education was significant for the city of Manaus. Health status, self-assessment of health, and comorbidities were not significant predictors of living alone.

**Conclusions:** We concluded that socioeconomic factors are important predictors of living alone among elderly. Having poor health status was not an important factor.

We also observed regional differences. We observed a higher frequency of elderly living alone in Porto Alegre, city where retiring at older age was a significant predictor. Being literate was a significant predictor for elderly living alone only in Manaus.

**Keywords:** aging, living arrangements, regional differences, self-assessment of health.

## **Introdução**

A acentuada queda da mortalidade e da fecundidade tem acarretado mudanças significativas no ritmo do crescimento da população e, por consequência, na distribuição etária. Enquanto em 1950 o percentual da população idosa no mundo era de 8%, em 2009 este percentual passou para 11% e a expectativa para esse valor em 2050 é de 22%. O Brasil tem acompanhado a tendência mundial de crescimento da população idosa (com 60 anos ou mais), pois em 2000, 8,5% dos brasileiros tinham 60 anos ou mais, enquanto que em 2010, 10,8% (IBGE, 2010) encontravam-se nessa faixa etária. O último censo populacional observou também diferenças regionais importantes, sendo a Região Norte é a com a menor população idosa (6,8%) e a Região Sul como a mais idosa (12%). Essa diferença também é observada nas maiores capitais das regiões, pois Manaus apresenta 6% de sua população idosa e Porto Alegre, que é a capital mais idosa, apresenta uma proporção de 15% de idosos.

Além disso, nas últimas décadas, os países considerados desenvolvidos tenderam ao crescimento do número de idosos que residem sozinhos (MARTIKAINEN, *et al.* 2008) (arranjo familiar unipessoal). No mundo, estima-se que, em média, 14% dos indivíduos com 60 anos ou mais vivam sozinhos. Segundo as Nações Unidas (2007), o número de idosos que reside sozinho é expressivamente maior nas regiões mais

desenvolvidas do planeta, podendo chegar a 25% da população de idosos. Já nas regiões menos desenvolvidas este percentual diminui para somente 7%.

A proporção de idosos que vivem só aumenta com a idade, sendo que o número de mulheres que vivem sozinhas é maior do que os homens (TOMASSINI,2005). No Brasil, em média, 13,7% dos idosos moram sozinhos (PNAD, 2010).

Um envelhecimento saudável depende da interação multidimensional de vários fatores. Porto Alegre tem sua origem vinculada a uma forte imigração europeia, fato que determinou muitos traços, aspectos étnicos – predominância da cor branca – culturais e socioeconômicos, influenciando os diferentes hábitos dos idosos portoalegrenses. Em Manaus a composição étnica contempla índios, europeus e negros que dão origem ao caboclo, resultando em uma maioria de idosos pardos.

Assim, o objetivo deste estudo foi verificar se variáveis relacionadas com as características sociodemográficas, de estilo de vida, de estado de saúde, de auxílio nas atividades da vida diária e de ajuda poderiam ser fatores determinantes para que o percentual de idosos que participaram da pesquisa e mora sozinho fosse expressivamente maior em Porto Alegre do que em Manaus.

## **Materiais e Métodos**

O estudo contempla uma análise secundária de dados oriundos de duas pesquisas transversais exploratórias e observacionais com base populacional – Estudos Multidimensionais dos Idosos de Porto Alegre e de Manaus – realizadas em 2006 e que utilizaram a mesma metodologia e instrumento de pesquisa. A amostra total foi composta por 1547 idosos de  $\geq 60$  anos de ambos os sexos, sendo 1078 entrevistados em Porto Alegre e 469 em Manaus que foram selecionados durante o processo de pesquisa, residentes no meio urbano e não institucionalizados.

As informações dos dados foram obtidas através de entrevistas estruturadas, compostas por 121 questões abertas e fechadas, reunidas em blocos temáticos, contemplando características sociodemográficas, estilo de vida e apoio social e condições de saúde. Foi utilizado o instrumento de pesquisa e a mesmo processo de amostragem que a pesquisa Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul realizada em 1995 pelo Conselho Estadual do Idoso em parceria com diversas Instituições de Ensino Superior, incluindo a PUCRS (CEI, 1997).

Os bancos de dados de Porto Alegre e de Manaus foram acoplados em um único banco de dados e uma variável chamada CIDADE que foi criada para identificar a origem dos dados. Tabelas de distribuição entre as variáveis categóricas do questionário foram cruzadas com a variável CIDADE testadas pelo Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ), observando diferenças nas distribuições das frequências observadas em Manaus e Porto Alegre. As variáveis numéricas como idade atual, rendas pessoal e familiar tiveram suas médias comparadas entre as duas cidades pelo Teste de T de Student, observando a igualdade das variâncias. Todos os testes estatísticos foram realizados através do programa SPSS 18, sendo consideradas significativas as diferenças com  $p < 0,05$ .

A análise secundária levou em consideração os idosos da amostra total que moravam sozinhos, 39 (8,3%) em Manaus e 252 (23,3%) em Porto Alegre.

A variável dependente adotada foi em relação ao Arranjo Domiciliar, ou seja, “Com quem o idoso mora?”. Neste estudo, essa variável foi dicotomizada, categorizada em dois diferentes tipos de Arranjos Domiciliares: “Idosos que Moram Sozinhos” e “Exceto Idosos que Moram Sozinhos”. As variáveis independentes foram analisadas através da regressão logística binária, sendo classificadas em 5 grandes grupos:

1. Sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, renda individual, renda familiar e cor.
2. Estilo de Vida: faz atividade física, usa tabaco, ter filhos, aposentadoria e religião/praticante.
3. Condições de Saúde:
  - autopercepção da saúde: ótima, boa/regular e má/péssima;
  - doenças: bronquite, pressão alta, coração, diabetes, derrame, coluna, osteoporose.
4. Auxílio quando da realização das Atividades da Vida Diária (AVD): atividades de casa, tomar remédios, higiene, alimentação, movimentar-se.
5. Ajuda: dinheiro, vestuário, saúde, habitação, alimentação, remédios, cuidados pessoais.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-PUCRS em 03 de janeiro de 2006, sob o registro nº 05/02935. A pesquisa foi norteada pelos padrões éticos estabelecidos nas Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos da declaração de Helsinki.

## **Resultados**

A amostra total foi composta por 1547 idosos, sendo entrevistados 1078 idosos em Porto Alegre e 469 idosos em Manaus. Mesmo tendo um número maior de idosos, a proporção dos que residem sozinhos em Porto Alegre (23,4%) foi significativamente maior que os residentes em Manaus (8,3%).

A tabela 1 mostra que a proporção de idosas que reside sozinha é maior do que a dos idosos em ambas as cidades: em Porto Alegre, 25,4% e em Manaus, 8,5 %. Nos

achados referentes aos idosos residindo sozinhos, a faixa etária que apresenta maior relevância em Porto Alegre é a de 81 ou mais anos de idade, 31,5%, e em Manaus, 71 e 80 anos de idade, 12,3%. Já entre os idosos que não residem sozinhos a faixa etária mais significativa, tanto em Porto Alegre como em Manaus, é a entre 60 e 70 anos: 82,4% e 92,6%, respectivamente.

<Tabela 1 deverá ser colocada aqui >

Entre os idosos que residem sozinhos em Porto Alegre, a faixa de escolaridade que aparece com o maior percentual é a de menos de quatro anos de estudo, com 24,3%, seguida de perto pela faixa maior ou igual quatro anos de estudos com 23,7%. Em Manaus, a faixa de escolaridade destacada é analfabeto, com 13,3%, aparecendo em segundo lugar a faixa menos de quatro anos de estudo, com 7,4%. Em ambas as cidades essa distribuição foi significativa.

Em relação à renda individual, esta não foi significativamente associada ao fato de morar sozinho em nenhuma das cidades avaliadas. A tabela 1 explicita que em ambas as cidades o percentual de idosos que residem sozinhos com renda individual igual ou maior que dois salários mínimos é maior do que os idosos com renda menor que dois salários mínimos: em Porto Alegre, 23,5% e 22,6%; em Manaus, 10,1% e 7,4%.

A renda familiar é fator significativamente associado para o idoso residir sozinho. Em Porto Alegre e em Manaus, o percentual de idosos que moram sozinhos com renda familiar inferior a dois salários mínimos é maior do que aqueles com renda igual ou superior a dois salários mínimos: Porto Alegre, 29,2% e 18,3%; Manaus, 13,8% e 5,6%. Tanto o tabagismo quanto a condição de realizar atividades físicas não foram fatores significativamente associados ao fato de morarem sozinhos.



Em ambas as cidades, o percentual de idosos que moram sozinhos é inversamente proporcional ao número de filhos que os mesmos tiveram. Ou seja, em Porto Alegre, 43,7% não tiveram filhos, enquanto que 18,7% tiveram cinco ou mais filhos; em Manaus, 41,2% não tiveram filhos, enquanto que 6,0% tiveram cinco ou mais filhos.

Em relação às condições de saúde, a tabela 1 mostra que tanto a autopercepção da saúde como as comorbidades não foram significativas nas duas cidades, exceto diabetes que foi significativamente menos prevalente nos idosos que vivem sozinhos em Porto Alegre.

<Tabela 2 deverá ser colocada aqui >

A tabela 2 mostra que em relação à realização das atividades diárias, as variáveis atividades de casa e tomar remédios foram significativas em Porto Alegre enquanto que habitação em Manaus. A variável movimentação aparece com indicativo de significância tanto em Porto Alegre como em Manaus, enquanto que higiene somente em Porto Alegre. Em relação ao item ajuda, destacaram-se com indicativo de significância as variáveis: dinheiro, alimentação e cuidados pessoais em Porto Alegre, e remédios em Manaus.

<Tabela 3 deverá ser colocada aqui >

A tabela 3 contempla os resultados das regressões logísticas para o cálculo das chances do idoso morar sozinho tanto para variáveis determinantes individuais como para variáveis em modelo final. O modelo multivariado final foi alcançado pela retirada gradativa das variáveis menos significativas até se alcançar o modelo final onde os níveis de significância de cada variável fossem menores que 0,05. No modelo individual, as variáveis idade, renda familiar e ter filhos foram significativas para ambas as cidades. A variável habitação aparece com significado somente para Manaus

e aposentado somente para Porto Alegre. As variáveis diabetes e atividades de casa aparecem com indicativo de significância em Porto Alegre.

Em relação à análise das regressões logísticas finais, em Porto Alegre as variáveis: sexo, idade, renda familiar e ter filhos continuaram significativas enquanto que diabetes e atividades de casa perderam suas significâncias. Ainda em relação a Porto Alegre, a variável alimentação passa a ser significativa enquanto que os itens habitação e aposentado com indicativo de significância. Em Manaus, renda familiar, ter filhos e habitação continuaram com significado enquanto que renda individual e escolaridade passaram a ser significativas.

## **Discussão**

O estudo apresenta uma amostra representativa de idosos com 60 anos ou mais residentes na cidade de Porto Alegre e Manaus. Foram examinadas variáveis relacionadas às características sociodemográficas, de estilo de vida, de estado de saúde, de auxílio nas atividades de vida diária e de ajuda no sentido de verificar os determinantes que influenciaram a probabilidade dos idosos de Porto Alegre e de Manaus viverem sozinhos.

Apesar da auto percepção de saúde ser considerada um importante preditor de incapacidade funcional e de mortalidade em populações idosas (DESALVO, *et al.* 2005), neste estudo mostrou-se não ser um fator significativo para morar sozinho em ambas as cidades. Exceto a variável “diabetes” que na regressão logística mostrou-se significativa para a cidade de Porto Alegre, as demais variáveis relacionadas com as comorbidades não foram fatores significativamente associados a morar sozinho para ambas as cidades.

Analisando a questão de gênero, os dados estatísticos corroboram com a tendência nacional (CAMARANO, 2002; CARVALHO, 2009) e internacional (TOMASSINI, 2004), que apontam para a prevalência maior do sexo feminino entre os idosos que residem sozinhos, porém a partir das regressões logísticas, esta variável mostrou-se significativa somente para Porto Alegre.

Em Porto Alegre, o percentual de idosas que residem sozinhas aumenta com o avançar da idade, indo ao encontro de inúmeros estudos como, por exemplo, a pesquisa realizada na Grã-Bretanha, que além de reiterar o fato de que as mulheres mais velhas sejam mais propensas a viverem sozinhas do que os homens mais velhos, assinala, também, que o percentual de idosos que reside sozinho aumenta com o avançar da idade: 30% das mulheres britânicas entre 65 a 74 moravam sozinhas em comparação com 20% dos homens britânicos nessa mesma faixa etária, e para aqueles com 75 ou mais anos de idade estes percentuais aumentam para 61% e 34%, respectivamente (ONS, 2009). Outros estudos (PIZZETTI, *et al* 2005; BONGAARTS, *et al* 2002) ressaltam o fato de que mulheres na faixa etária de 81 anos ou mais são mais propensas a viverem sozinhas do que homens da mesma idade. Já em Manaus o maior percentual de idosos que residem sozinhos fica na faixa etária entre 71 a 80 anos de idade e entre estes o sexo feminino prepondera.

O estudo destaca as rendas individual e familiar como variáveis determinantes para que o idoso resida sozinho tanto em Porto Alegre como em Manaus. As regressões logísticas explicitam que em ambas as capitais os idosos que têm renda individual de dois ou mais salários mínimos têm maior chance de residirem sozinhos do que aqueles com renda menor que dois salários mínimos. Camargos *et al* (2010) em pesquisa realizada em São Paulo ressaltam que idosos com renda inferior a um sa-

lário mínimo apresentam chances bastante reduzidas, em comparação as demais faixas de renda, de morar sozinhos.

Já em relação à renda familiar, os idosos com renda familiar de dois ou mais salários mínimos têm menor chance de residirem sozinhos do que aqueles com renda familiar menor que dois salários mínimos tanto em Porto Alegre, como em Manaus. Em vista disso, é possível inferir que se, por um lado, melhores condições socioeconômicas podem contribuir para que o idoso resida sozinho, por outro, a necessidade de auxílio, seja físico, financeiro ou afetivo, faz que muitos idosos deixem de viver de forma independente, para morar com suas famílias.

As regressões logísticas revelam que, em Porto Alegre, os idosos tabagistas têm mais chance de residirem sozinhos do que aqueles não tabagistas. A relação positiva entre o hábito de fumar e o fato de morar sozinho é confirmada nos estudos de Kharicha *et al.* (2007); e de Michael *et al.* (2001).

Em ambas as cidades a variável ter filhos aparece como determinante para os idosos não residirem sozinhos. As regressões logísticas acenam no sentido de que quanto maior o número de filhos, menor a chance dos idosos residirem sozinhos. Estes dados vão ao encontro do estudo realizado por Camargos *et al.* (2001).

A questão da aposentadoria é significativa para morar sozinho na cidade de Porto Alegre: os idosos que não estão aposentados têm menor chance de residirem sozinhos. Tal fato parece estar relacionado com a renda individual, pois quanto maior esta renda for, maior será a chance do idoso residir sozinho. Neste sentido, Camarano e Ghaouri (2003) destacam que a ampliação, o aumento do acesso à cobertura de políticas de Seguridade Social tem contribuído para aumento do percentual da população de idosos que reside sozinho.

Exceto a variável tomar remédios que é significativa para Porto Alegre, as demais variáveis relacionadas com auxílio nas atividades de vida diária não foram relevantes para os idosos morarem sozinhos.

Em ambas as capitais, os idosos que não recebem ajuda em relação à habitação têm menor chance de residirem sozinhos do que aqueles que recebem. Em Porto Alegre, alimentação é outra variável destacada pelas regressões: os idosos que não recebem ajuda para a alimentação têm maior chance de residirem sozinhos. Em relação a este quesito, Larsson e Silverstein (2004) ressaltam que os idosos que moram sozinhos apresentam chances significativamente menores de receberem apoio quando comparados aos que moram com o cônjuge ou com outros parentes.

### **Considerações Finais**

O crescimento da população idosa tem ocorrido de forma proeminente nos países em desenvolvimento, suscitando mudanças estruturais e influenciando os padrões sociais, principalmente no que diz respeito às composições e relações familiares. Essas mudanças ocorreram principalmente pela redução da média de filhos nas famílias e o número crescente de idosos que passaram a residir sozinhos. O entendimento das causas que levam o idoso a viver ou não sozinho passa pela necessidade de uma ampla análise dos eventos que vão se conformando ao longo da vida do indivíduo (CAMARGOS *et al.* 2011). Esses eventos são relacionados e influenciados por diferenças regionais que podem ter tanto natureza socioeconômica, cultural e de saúde (Observatório da Cidade de Porto Alegre, 2011).

Segundo o último censo, a população de idosos de Porto Alegre aumentou 32% em relação a 2000 (Observatório da Cidade de Porto Alegre, 2011). Manaus, por sua vez, apresenta não somente um número menor de idosos como também percentuais

inferiores em relação àqueles que residem sozinhos. Em ambas as cidades, o número de mulheres idosas que residem sozinhas é maior que o número de homens idosos, corroborando com inúmeros estudos que acenam neste mesmo sentido (PIZZETTI *et al.* 2002; PEDRAZZI *et al.* 2010).

Levando-se em conta que a maioria dos idosos em ambas as cidades tem rendas individual e familiar menor que dois salários mínimos, faz-se necessário pensar, elaborar e implementar novas políticas públicas que possibilitem um maior suporte social aos idosos – como é comum em países europeus (SUNDSTRÖM e JOHANSSON, 2005) – de tal forma a proporcionar uma melhor qualidade de vida, em especial àqueles com idade avançada (acima de 80 anos) e que muitas vezes apresentam algumas fragilidades (LAU e KIRBY ,2009).

Embora as notórias diferenças regionais relacionadas com o processo histórico de consolidação de ambas as capitais neste estudo investigadas, os resultados obtidos não permitem afirmar que tais diferenças teriam colaborado para que o percentual de idosos que mora sozinho em Porto Alegre seja maior do que em Manaus.

Através do estabelecimento de relações de significância entre diferentes fatores, variáveis sociodemográficas, de estilo de vida, de estado de saúde, de auxílio nas atividades de vida diárias e de outros tipos de ajuda que foram verificados, aferidos com idosos em duas importantes capitais brasileiras, Porto Alegre e Manaus. O estudo aqui apresentado destaca indícios, tendências e direcionamentos que ajudam a elucidar algumas das possíveis causas, motivos que levam os idosos a residirem sozinhos. Além disso, espera-se que o presente estudo estimule e sirva de referência à realização de novas investigações na área em questão. Entretanto apresenta como principal limitação o fato de não ser possível, através dos resultados apresentados, entender os motivos que levam os idosos a viverem sozinhos. Pesquisas qua-

litativas poderiam responder se existem diferenças nessa tomada de decisão entre as duas regiões pesquisadas e o quanto esse fenômeno afeta a qualidade de vida dos idosos.

## Referências

BONGAARTS, John; ZIMMER, Zachary. Living arrangements of older adults in the developing world: an analysis of demographic and health survey household surveys. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, Washington: Gerontology Society of America v.57, n.3 ,p.145-157, maio. 2002. New York

CAMARANO, Ana Amélia; EL GHAOURI, Kanso. Famílias com idosos: ninhos vazios? Texto para discussão n. 950, IPEA. Rio de Janeiro: 2003. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_0950.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0950.pdf) Acesso em: 22 de jan. 2013.abril

CAMARANO, Ana Amélia. Brazilian population ageing: differences in well-being by rural and urban areas. Rio Janeiro: IPEA, n. 878 p.1-25, maio. 2002.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; RODRIGUES, Roberto Nascimento; MACHADO, Carla Jorge. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Revista Brasileira Estudos Populacionais*, Rio de Janeiro: v.28, n.1, p.217-30, jan./jun.2011.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; RODRIGUES, Roberto Nascimento; MACHADO, Carla Jorge. Redes de apoio e estratégias de sobrevivência entre os idosos que moram sozinhos. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, XIV, 24-28 maio 2010, Diamantina, Anais, Diamantina: Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR) / Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2010. Disponível em: [http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario\\_diamantina/2010/D10A059.pdf](http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2010/D10A059.pdf). Acesso em 24 janeiro 2013.

CARVALHO, A. A.; ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. M. Mudanças no padrão tradicional de família: Um estudo sobre as pessoas sozinhas no Brasil entre 1987-2007. 120 In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE SOCIOLOGIA, 27. 2009. Buenos Aires. Anais... Buenos Aires: ALAS, set. 2009.

CEI (Conselho Estadual do Idoso). Os idosos do Rio Grande do Sul, estudo multidimensional dos idosos e sua condição de vida. Relatório de Pesquisa. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 1997.

DESALVO, Karen B; BLOSER, Nicole; REYNOLDS, Kristi; HE, Jiang; MUNTNER, Paulo. Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, New Orleans,v.20, n.3,p.267-75,dez. 2005

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo populacional brasileiro 2010: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 28/11/2012.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD -: síntese de indicadores 2009. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad\\_sintese\\_2009.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf). Acesso em: 22 jan. 2013.

KHARICHA, Kalpa; LLIFFE, Steve; HARARI, D; CAMERON, Swift; GILLMANN, Gerhard; STUCK, Andreas. Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an 'at-risk' group? *British Journal of General Practice*, London, v.57, p.271-6.abril, 2007.

LARSSON, Kristina; SILVERSTEIN, Merrill. The effects of marital and parental status on informal support and service utilization: a study of older Swedes living alone. *Journal of Aging Studies*.v.18p.231-44, maio. 2004.

LAU, Denys T; KIRBY, James B. The relationship between living arrangement and preventive care use among community-dwelling elderly persons. *American Journal of Public Health*, Washington: v.99,n.7,p.1315-21. Julho. 2009.

MARTIKAINEN, Pekka; NIHTILÄ, Elina; MOUSTGAARD, Heta. The effects of socioeconomic status and health on transitions in living arrangements and mortality: a longitudinal analysis of elderly Finnish men and women from 1997 to 2002. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. Washington: v. 63,n.2, p.99-109. Março. 2008.

MICHAEL, Yvonne L; BERKMAN, Lisa F; COLDITZ, Graham A; KAWACHI, Ichiro. Living arrangements, social integration, and change in functional health status. *American Journal of Epidemiology*, Baltimore: v.153, n.2, p.123-31. 15 jan. 2001.

Observatório da Cidade de Porto Alegre [homepage na internet]. Porto Alegre; 2011 Disponível em: <http://observapoa.palegre.com.br> Acesso em: 22 jan. 2013.

Office for National Statistics. ONS - General lifestyle survey overview: a report on the 2009 lifestyle survey. London: 2011. Disponível em: URL: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/ghs/general-lifestyle-survey/2009-report/overview-report-2009.pdf> Acesso em: 22 jan. 2013.

PEDRAZZI, Elizandra Cristina; MOTTA, Talita Tavares Della; VENDRÚSCOLO, Thaís Ramos Pereira; FABRÍCIO- WEHBE, Suzele Cristina Coelho; CRUZ, Idiane Rosset; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto. v.18n.1, jan. 2010.

PIZZETTI, Paola; MANFREDINI, Matteo; LUCCHETTI, Enzo. Variations in late-age mortality by household structure and marital status in Parma, Italy. *Ageing & Society*.Parma. v.25, p.305-18. **October** .2005



PIZZETTI, Paola; MANFREDINI, Matteo. Living alone in Parma: longitudinal analysis about one-person households from 1989 to 2000. *Global Bioethics*. Parma. v.15, n.3,p.27-42. Março. 2002

SUNDSTRÖM, Gerdt; JOHANSSON, Lennarth. The changing balance of government and family in care for the elderly in Sweden and other European countries. *Australasian Journal on Ageing*. Sweden. v.24, n. 1, p.24:5-1. jun. 2005.

TOMASSINI, Cecilia; GLASER, Karen; WOLF Douglas A. Living arrangements among older people: an overview of trends in Europe and the USA. *Population Trends*. Spring London.v.115, p.24-34.2004

TOMASSINI, Cecilia. Focus on older people: family and living arrangements. Office for National Statistics. London.v.2,p.11-20. 2005.

United Nations. Major Developments and Trends In Population Ageing. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York, 2007.

**Tabela 1.** Distribuição dos idosos pesquisados segundo as características sociodemográficas, Porto Alegre (RS) e Manaus (AM), Brasil, 2006.

	<b>Porto Alegre (N= 1078)</b>		p	<b>Manaus (N= 469)</b>		p
	Exceto Sozinho N=826 (76,6%) N(%)	Sozinho N=252 (23,4%) N(%)		Exceto Sozinho N=430 (91,7%) N(%)	Sozinho N=39 (8,3%) N(%)	
<b>Características Sociodemográficas</b>						
Sexo:			0,014			0,826
Feminino	580 (74,6)	197 (25,4)		268 (91,5)	25 (8,5)	
Masculino	246 (81,7)	55 (18,3)		162 (92,0)	14 (8,0)	
Idade:			0,000			0,043
60 ≤ 70	425 (82,4)	91 (17,6)		211 (94,6)	12 (5,4)	
71 ≤ 80	288 (72,5)	109 (27,5)		157 (87,7)	22 (12,3)	
81 +	113 (68,5)	52 (31,5)		62 (92,5)	5 (7,5)	
Escolaridade:			0,201			0,160
analfabeto	75 (84,3)	14 (15,7)		78 (86,7)	12 (13,3)	
<4 anos	474 (75,7)	152 (24,3)		276 (92,6)	22 (7,4)	
≥4 anos	271 (76,3)	84 (23,7)		73 (93,6)	5 (6,4)	
Renda:						
Individual:			0,714			0,334
< 2 sm	381 (77,4)	111 (22,6)		261 (92,6)	21 (7,4)	
≥ 2 sm	403 (76,5)	124 (23,5)		152 (89,9)	17 (10,1)	
Familiar			0,000			0,003
< 2 sm	233 (70,8)	96 (29,2)		131 (86,2)	21(13,8)	
≥ 2 sm	532 (81,7)	119 (18,3)		268 (94,4)	16 (5,6)	
Cor:			0,688			0,853
Branca	678 (75,9)	215 (24,1)		153 (91,6)	14 (8,4)	
Preta	93 (79,5)	24 (20,5)		19 (95,0)	1 (5,0)	
Parda	47 (81,0)	11 (19,0)		253 (91,3)	24 (8,7)	
Outras	8 (80,0)	2 (20,0)		5 (100,0)	0 (0,0)	
<b>Estilo de Vida</b>						
Faz Atividades Físicas			0,490			0,775
Não	678 (77,0)	202 (23,0)		403 (91,6)	37 (8,4)	
Sim	148 (74,7)	50 (25,3)		27 (93,1)	2 (6,9)	
Usa Tabaco:			0,386			0,412
Não	705 (77,0)	210(23,0)		401 (92,0)	35 (8,0)	
Sim	119 (73,9)	42 (26,1)		29 (87,9)	4 (12,1)	
Filhos:			0,000			0,000
Não tem	54 (56,3)	42 (43,7)		10 (58,8)	7 (41,2)	
1 – 2	285 (75,2)	94 (24,8)		50 (87,7)	7 (12,3)	
3 – 4	252 (80,3)	62 (19,7)		70 (92,1)	6 (7,9)	
5 +	235 (81,3)	54 (18,7)		298 (94,0)	19 (6,0)	
Aposentado			0,021			0,749
Sim	582 (74,8)	196(25,2)		275 (91,4)	26 (8,6)	
Não	242 (81,5)	55 (18,5)		154 (92,2)	13 (7,8)	
Religião / Praticante			0,572			0,911
Não	299 (75,9)	95 (24,1)		33 (91,7)	30 (8,3)	
Sim	524 (77,4)	153(22,6)		95 (91,3)	9 (8,7)	
<b>Condições de Saúde:</b>						
Autopercepção da Saúde:			0,773			0,826
Ótima	107 (74,8)	36 (25,2)		24 (88,9)	3 (11,1)	
Boa/Regular	640 (76,8)	193(23,2)		353 (87,1)	30 (7,8)	

Má/Péssima Atendimento Médico:	42 (73,7)	15 (26,3)		25 (92,6)	2 (7,4)	
Bronquite:			0,583			0,117
Não	662 (76,4)	204(23,6)		342 (92,7)	27 (7,3)	
Sim	148 (78,3)	41 (21,7)		86 (87,8)	12 (12,2)	
Pressão Alta:			0,682			0,116
Não	390 (77,2)	115 (22,8)		178 (89,4)	21 (10,6)	
Sim	425 (76,2)	133 (23,8)		245 (93,5)	17 (6,5)	
Coração:			0,524			0,266
Não	34 (81,0)	8 (19,0)		42 (91,3)	4 (8,7)	
Sim	192 (76,5)	59 (23,5)		93 (95,9)	4 (4,1)	
Diabetes:			0,028			0,512
Não	650 (75,1)	215 (24,9)		342 (91,2)	33 (8,8)	
Sim	157 (82,6)	33 (17,4)		84 (93,3)	6 (6,7)	
Derrame:			0,291			0,594
Não	781 (76,3)	242 (23,7)		398(91,5)	37 (8,5)	
Sim	43 (82,7)	9 (17,3)		32 (94,1)	2 (5,9)	
Coluna:			0,223			0,236
Não	484 (78,2)	135 (21,8)		278 (90,6)	29 (9,4)	
Sim	336 (75,0)	112 (25,0)		150 (93,8)	10 (6,2)	
Osteoporose:			0,225			0,551
Não	581 (77,3)	171 (22,7)		319 (91,7)	29 (8,3)	
Sim	177 (73,4)	64 (26,6)		87 (93,5)	6 (6,5)	

**Tabela 2.** Distribuição dos idosos pesquisados segundo a necessidade de Auxílio nas Atividades da Vida Diária, Porto Alegre (RS) e Manaus (AM), Brasil, 2006.

	<b>Porto Alegre (N= 1078)</b>		p	<b>Manaus (N= 469)</b>		p
	Exceto Sozinho (N=826) N(%)	Sozinho (N=252) N(%)		Exceto Sozinho (N=430) N(%)	Sozinho (N=39) N(%)	
<b>Auxílio nas Atividades da Vida Diária (AVD)</b>						
Atividades de Casa:			0,050			0,195
Não	225 (80,9)	53 (19,1)		92 (94,8)	5 (8,2)	
Sim	593 (75,2)	196 (24,8)		333 (90,7)	34 (9,3)	
Tomar Remédios:			0,004			0,231
Não	60 (90,9)	6 (9,1)		63 (95,5)	3 (4,5)	
Sim	757 (75,5)	245 (24,5)		367 (91,1)	36 (8,9)	
Higiene:			0,054			0,107
Não	39 (88,6)	5 (11,4)		27 (100,0)	0 (0,0)	
Sim	782 (76,1)	246 (23,9)		403 (91,2)	39 (8,8)	
Alimentação:			0,495			0,814
Não	19 (82,6)	4 (17,4)		14 (93,3)	1 (6,7)	
Sim	802 (76,5)	246 (23,5)		416 (91,6)	38 (8,4)	
Movimentação:			0,097			0,099
Não	48 (85,7)	8 (14,3)		47 (97,9)	1 (2,1)	
Sim	772 (76,1)	243 (23,9)		383 (91,0)	38 (9,0)	
<b>Ajuda</b>						
Dinheiro			0,076			0,804
Sim	36 (66,7)	18 (33,3)		163 (92,1)	14 (7,9)	
Não	790 (77,1)	234 (22,9)		267 (91,4)	25 (8,6)	
Vestuário			0,484			0,530
Sim	23 (82,1)	5 (17,9)		47 (94,0)	3 (6,0)	
Não	803 (76,5)	247 (23,5)		383 (91,4)	36 (8,6)	
Saúde			0,905			0,706
Sim	25 (75,8)	8 (24,2)		41 (93,2)	3 (6,8)	
Não	801 (76,7)	244 (23,3)		389 (91,5)	36 (8,5)	
Habitação			0,177			0,017
Sim	30 (68,2)	14 (31,8)		24 (80,0)	6 (20,0)	
Não	796 (77,0)	238 (23,0)		405 (92,5)	33 (7,5)	
Alimentação			0,056			0,611
Sim	24 (92,3)	2 (7,7)		116 (90,6)	12 (9,4)	
Não	802 (76,2)	250 (23,8)		314 (92,1)	27 (7,9)	
Remédios			0,460			0,091
Sim	25 (71,4)	10 (28,6)		107 (95,5)	5 (4,5)	
Não	801 (76,8)	242 (23,2)		323 (90,5)	34 (9,5)	
Cuidados Pessoais			0,060			0,206
Sim	18 (94,7)	1 (5,3)		92 (94,8)	5 (5,2)	
Não	808 (76,3)	251 (23,7)		338 (90,9)	34 (9,1)	

**Tabela 3:** Resultados das regressões logísticas para a chance de morar sozinho nas distintas cidades nos modelos individuais e finais, Porto Alegre (RS) e Manaus (AM), Brasil, 2006.

Variável	Individual POA		Final POA		Individual MAO		Final MAO	
	RC	p	RC	p	RC	p	RC	p
<b>Características Socio-demográficas</b>								
Sexo: Masculino	0,658	0,014	0,666	0,040	0,926	0,826		
Idade:								
60-70	Ref.	0,000	Ref.	0,000	Ref.	0,050		
71<80	0,465	0,000	0,377	0,000	0,705	0,527		
81 +	0,822	0,333	0,643	0,063	1,738	0,286		
Escolaridade:								
Analfabeto:	Ref.	0,208			Ref.	0,170	Ref.	0,032
< 4 anos	0,602	0,109			2,246	0,146	4,587	0,033
>= 4 anos	1,035	0,827			1,164	0,767	1,602	0,450
Renda Individual: >= 2 s.m.	1,056	0,714	3,996	0,000	1,390	0,335	5,738	0,003
Renda Familiar: >= 2 s.m.	0,543	0,000	0,175	0,000	0,372	0,005	0,131	0,000
<b>Estilo de Vida</b>								
Usa Tabaco: Sim	1,185	0,387	1,710	0,018	1,58	0,415		
Ter Filhos:								
Não Tem	Ref.	0,000	Ref.	0,004	Ref.	0,000	Ref.	0,000
1-2	3,385	0,000	2,688	0,001	10,979	0,000	16,440	0,000
3-4	1,485	0,060	1,350	0,171	2,196	0,093	2,749	0,051
5 +	1,071	0,741	1,064	0,792	1,344	0,543	1,242	0,699
Aposentado: Não	0,675	0,021	0,678	0,055	0,893	0,749		
<b>Auxílio nas Atividades Diárias (AVD)</b>								
Atividades de Casa: Não	1,403	0,051			1,879	0,201		
Tomar remédios: Não	0,755	0,462	3,331	0,014				
<b>Condições de Saúde / Doenças</b>								
Diabetes: Sim	0,642	0,032			0,749	0,530		
<b>Ajuda</b>								
Habitação: Não	0,641	0,180	0,444	0,052	0,326	0,022	0,241	0,011
Alimentação: Não	3,741	0,740	8,524	0,045	0,831	0,611		

## 18 ANEXO K – ARTIGO SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO.

Angelo Jose Goncalves Bos

**De:** Revista Ciência & Saúde Coletiva <cienciasaudecoletiva@fiocruz.br>  
**Enviado em:** Tuesday, July 02, 2013 1:27 PM  
**Para:** Angelo Jose Goncalves Bos  
**Assunto:** Revista Ciência & Saúde Coletiva - Confirmação de recebimento de artigo



Prezado(a) **ÂNGELO JOSÉ GONÇALVES BÓS**

Informamos que o **Artigo / Tema Livre** abaixo foi submetido a Ciência & Saúde Coletiva, constando sua participação como autor.

Artigo: **1079/2013 - Rede de Suporte e Apoio Social: Atenção e Cuidados aos Longevos de Porto Alegre:**

Caso não concorde com a sua participação nesse artigo favor entrar em contato para que possamos tomar as ações necessárias.

Atenciosamente,  
Maria Cecília de Souza Minayo e Romeu Gomes, Editores Chefes

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Av. Brasil, 4036, sala 700 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ  
(21) 388-29153 e (21) 2290-4893 - Todos os direitos reservados para ABRASCO.  
[Desenvolvido por ZANDA Multimeios da Informação.](#)