

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

ANDREA RIBEIRO MIRANDOLA

**CAPACIDADE FUNCIONAL, CAPACIDADE DE TOMAR DECISÃO
E QUALIDADE DE VIDA DE LONGEVOS**

Porto Alegre

2014

ANDREA RIBEIRO MIRANDOLA

**CAPACIDADE FUNCIONAL, CAPACIDADE DE TOMAR DECISÃO
E QUALIDADE DE VIDA DE LONGEVOS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós

Porto Alegre

2014

M672c Mirandola, Andrea Ribeiro

Capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida de longevos / Andrea Ribeiro Mirandola. -- 2014.

110 f. : gráficos, tabelas ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, 2014.

“Orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós”.

Catálogo na Publicação:

Bibliotecário Vladimir Luciano Pinto - CRB 10/1112

ANDREA RIBEIRO MIRANDOLA

**CAPACIDADE FUNCIONAL, CAPACIDADE DE TOMAR DECISÃO
E QUALIDADE DE VIDA DE LONGEVOS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA

Porto alegre, 21 de fevereiro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós – PUCRS

Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi – PUCRS

Profa. Dra. Célia Pereira Caldas - UERJ

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram para o meu crescimento, em especial À **Deus** , pela minha vida e todas as minhas conquistas.

Ao meu marido, meu amor **Pedro** pelo companheirismo, pelo apoio, conselhos nos momentos de dúvidas e de incertezas e pela motivação ao longo desta jornada.

Aos meus filhos **Lucas** e **Livia** pelo simples fato de fazerem parte da minha vida (serem minha vida) e pela compreensão da minha ausência nos momentos de dedicação ao trabalho.

Aos meus pais **Lourdes** e **Vanderlei** por estarem sempre presentes e torcerem pelo meu sucesso e felicidade.

Prof. Dr. **Angelo Bós**, pela orientação desta dissertação, pelas importantes contribuições, pelo ensinamento constante, pelo incansável incentivo, pela ajuda , dedicação e disponibilidade desde o início do projeto. Minha admiração e respeito por toda sua sabedoria compartilhada nesta etapa.

À Coordenação, aos professores, colegas e funcionários do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS.

Aos membros da banca de defesa Prof^a Dr^a **Patricia Krieger** e Prof^a Dr^a **Célia Caldas** pela disponibilidade e por todas as contribuições para o desenvolvimento e finalização do trabalho.

Às minhas colegas do mestrado e de outros tempos **Claudine Schirmer** e **Andressa Lewandowski**, por toda parceria, por compartilhar momentos difíceis, momentos de aprendizagem, saberes, amizade e por dividirem comigo angústias, medos, e por fim comemorarem a vitória.

Aos colegas e amigos do grupo de pesquisa sobre longevos, especialmente a **Cristina Soldera** e **Joel Navarro** pela ajuda, troca de conhecimentos, oportunidade de convivência, apoio moral e carinho.

Aos longevos que participaram desta pesquisa.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional é um desafio deste século, impactando a sociedade e provocando necessidades de ajustes estruturais. A longevidade envolve inúmeras alterações na vida do idoso e quando associada à incapacidade funcional pode comprometer a funcionalidade, saúde, privando-o de uma vida autônoma e saudável e prejudicando a qualidade de vida. **Objetivo:** Estudar a relação entre capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida de longevos. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva analítica transversal, em longevos (80 anos ou mais) do RS. Os instrumentos utilizados foram questionário geral, questionário de interação entre o longo e sua vida, medidas de independência funcional, qualidade de vida e capacidade de tomar decisão. **Resultados:** A amostra foi composta por 47 longevos, divididos em octogenários (19) e nonagenários (28). A média da fase psicológico moral dos octogenários foi classificada como conscienciosa e nonagenários conformista. Os grupos apresentaram maior perda nas decisões relacionadas a atividades no lar. Os nonagenários apresentaram pior capacidade funcional e qualidade de vida quando comparado aos octogenários. A qualidade de vida foi associada à capacidade funcional e à capacidade de tomada de decisão. **Conclusões:** Investigar os fatores que possam contribuir para que o longo tenha maior qualidade de vida é fundamental para a reestruturação dos serviços, planejar ações de saúde pública e prestar atendimento com dignidade, buscando por maior tempo possível à manutenção da independência funcional, preservação ou recuperação da autonomia e primar sempre por uma melhora da qualidade de vida destes idosos na etapa final de suas vidas.

PALAVRAS-CHAVES: Idosos de 80 anos ou mais; Autonomia pessoal; Qualidade de vida; Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde.

ABSTRACT

FUNCTIONAL AND DECISION MAKING CAPACITY AND QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS

Introduction: The aging population is a challenge of this century, impacting society and imposing needs of structural adjustments. The longevity involves numerous changes in the lives of the elderly and when associated with functional disability may impair functionality, health, precluding an autonomous and healthy life and impairing quality of life. **Objective:** To study the relationship between functional capacity, ability to make decisions and quality of life of the oldest old. **Methods:** This study was descriptive analytical cross-sectional quantitative research in the oldest-old (80 years or more) of RS. The instruments used were general questionnaire, a survey of interaction between the oldest-old and his/her life, assessment of functional independence, quality of life, and ability to make decisions. **Results:** The sample consisted of 47 oldest-old, divided in octogenarians (19) and nonagenarians (28). The average of moral psychological phase of octogenarians was classified as conscientious and nonagenarians' average was conformist. Both groups showed greater loss in decisions related to activities at home. Nonagenarians had worse functional capacity and quality of life when compared to octogenarians. The quality of life was associated with functional capacity and ability to decision making. **Conclusions:** Investigating factors that may contribute to the oldest-old has higher quality of life is essential for the restructuring of services, public health action plan and providing care with dignity, reaching to maintain functional independence as long as possible, preservation or recovery autonomy and always give priority to a better quality of life of seniors in the final stage of their lives.

KEYWORDS: Aged 80 years and over; Personal autonomy; Quality of life, International classification of functioning, disability, and health.

LISTA DE SIGLAS

AFSR - Associação dos Ferroviários Sul Rio-grandenses

AMPAL - Ambulatório Multiprofissional de Atenção aos Longevos

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DCNT - Doença crônica não-transmissível

DM - Diabete Melittus

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDPM - Instrumento do Desenvolvimento psicológico Moral

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

MIF - Medida de Independência Funcional

PNSPI - Política nacional de Saúde da Pessoa Idosa

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

SF 12- Questionário Short Form 12

SF 36- Questionário Short Form 36

SGHSL - Serviço de Geriatria do Hospital São Lucas

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo geral.....	11
2.2 Objetivos específicos.....	11
3 JUSTIFICATIVA	12
4 REVISÃO DE LITERATURA	13
4.1 Longevidade.....	13
4.2 Qualidade de vida.....	14
4.3 Capacidade funcional, capacidade de tomar decisão, e independência.....	15
4.4 Teoria do envelhecimento.....	17
5 METODOS	21
5.1 Delineamento do estudo.....	21
5.2 População	21
5.3 Amostra.....	21
5.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	22
5.5 Procedimento de coleta de dados.....	22
5.6 Instrumentos.....	23
5.7 Procedimentos de análise de dados.....	28
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	29
7 RESULTADOS	30
8 DISCUSSÃO	54
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	74
ANEXOS	103

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos desafios mundiais do século XXI assim como no Brasil, pois nos últimos anos o país vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos, impactando a sociedade e conseqüentemente provocado necessidades de ajustes nas estruturas físicas e sociais de acordo com as demandas da população¹.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que em 2014 existam 23 milhões de idosos no País. Já no ano de 2060 é esperado um número aproximado de 73,6 milhões de idosos, representando um aumento de aproximadamente 220%. Em relação aos longevos (80 anos ou mais) o número também vem aumentando de forma muito acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, estima-se chegar a 3,2 milhões de longevos neste ano de 2014 e aproximar-se a 19 milhões no ano 2060, apontando um crescimento de 500% deste segmento populacional².

A longevidade esta associada ao processo do envelhecimento e sua conseqüência, a velhice, e continua sendo umas das preocupações da humanidade, principalmente quando associada à incapacidade funcional³, pois envolve inúmeras alterações na vida do idoso, podendo comprometer a funcionalidade, mobilidade, saúde, privando-o de uma vida autônoma e saudável e conseqüentemente prejudicando a qualidade de vida⁴.

Com o envelhecimento da população surge o conceito de transição epidemiológica, englobando mudanças básicas nas causas de morbidade e mortalidade como a substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças crônicas não transmissíveis e causas externas. O aumento da morbimortalidade e das morbidades nos idosos pode, num futuro breve, aumentar o número de dependentes nessa faixa etária⁵.

As doenças crônicas não transmissíveis podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o desenvolvimento das atividades de vida diária tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os grupos com 90 ou mais anos⁶.

Desta forma, o maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, mesmo como aparecimento de progressivas limitações, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com autonomia e qualidade. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas⁶.

Portanto, é importante que os profissionais da geriatria e gerontologia conheçam as características dos longevos para que possam oferecer um atendimento de saúde eficaz, contribuir para a reorganização do sistema de saúde em relação às demandas necessárias para este segmento da população que apresenta características diferentes dos demais idosos. Nesse sentido, deve-se prestar atenção integral à saúde do idoso, buscando por mais tempo possível a manutenção da independência funcional, preservação ou recuperação da autonomia e primar sempre por uma melhora da qualidade de vida destes idosos na etapa final de suas vidas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estudar a relação entre capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida de longevos.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Objetivos principais

- a) Investigar a capacidade funcional;
- b) Avaliar a qualidade de vida;
- c) Observar a capacidade do idoso de tomar decisão;
- d) Associar capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida.

2.2.2 Objetivos secundários

- a) Descrever o perfil sócioeconômico e demográfico;
- b) Investigar o desempenho cognitivo;
- c) Relacionar as variáveis do perfil sócioeconômico e demográfico à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida;
- e) Observar a frequência que os longevos decidem sobre as atividades de vida diária, atividades sociais e questões de saúde e sua possível variação em relação a 10 anos pregressos.

3 JUSTIFICATIVA

Embora o Brasil seja um dos países do mundo com o maior crescimento da faixa etária muito idosa, diferentemente do que vem ocorrendo no mundo a partir de 2005, ainda não se pôde constatar uma tendência nacional de crescimento das pesquisas entre os muito idosos⁷, ou seja, é escasso número de pesquisas no país voltadas às diferentes dimensões do envelhecimento.

Em relação aos longevos é fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados e cientes das suas características, pois estes apresentam necessidades distintas dos demais idosos e, com isso, possam atuar de maneira eficaz contribuindo para uma reestruturação dos serviços de saúde, prestando atendimento com dignidade, preservando a autonomia e visando uma melhora na qualidade de vida dos longevos.

Portanto, diante da relevância do tema, do aumento rápido e progressivo das pessoas longevas e a escassez de artigos nessa área, faz-se necessário conhecer as características desses longevos para planejar ações de saúde pública voltadas a este segmento populacional. Este estudo tem como objetivo, então, estudar a relação entre capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida de longevos e conseqüentemente contribuir para o desenvolvimento das pesquisas relacionadas aos idosos, especialmente os longevos.

4 REVISÃO DE LITERATURA

No presente projeto se fez necessário aprofundar alguns construtos teóricos como: Longevidade, Qualidade de Vida, Capacidade Funcional, Capacidade de tomar decisão, Independência e a Teoria da psicologia do envelhecimento: A dinâmica dependência-autonomia.

4.1 Longevidade

O aumento da expectativa de vida, neste século, tem sido uma preocupação e um campo de muitas discussões, pois assim como a longevidade continua aumentando na maioria das populações, o número de longevos também está crescendo.

As principais causas do aumento de longevos no mundo e, também, no Brasil foram provocadas pela redução da mortalidade nas idades mais avançadas, devido aos avanços na área de saúde, como o diagnóstico precoce de doenças, os remédios e as técnicas de medicina mais eficazes⁸. Também é importante lembrar a adoção de medidas de saúde pública, como a vacinação e o saneamento básico⁹.

Convém salientar que neste estudo consideraremos idosos longevos aqueles indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos, não há consenso na literatura de qual seria a idade operacional para que alguém seja considerado como tal. No entanto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) apesar de não referir-se a idosos longevos, determina que idosos acima de 75 anos sejam considerados frágeis¹⁰.

Uma limitação em utilizar-se qualquer classificação cronológica é que, sendo o envelhecimento heterogêneo, em termos individuais é sempre mais proveitoso ao profissional de saúde pensar na idade funcional do idoso do que simplesmente em idade cronológica. Entretanto, tal conceito é impraticável do ponto de vista epidemiológico, no qual utilizar um ponto de corte cronológico possa ser mais sensato⁷.

Em relação aos longevos com idade igual ou superior a 80 anos o censo de 2010 detectou em Porto Alegre 34695 indivíduos nessa faixa etária, correspondendo a um aumento deste segmento populacional de aproximadamente 70% quando comparado ao censo de 2000¹¹.

4.2 Qualidade de vida

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir do início dos anos 90, constatou que as medidas de qualidade de vida revestem-se de particular importância na avaliação de saúde, tanto dentro de uma perspectiva individual como social. Portanto define qualidade de vida como “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente.¹²

A qualidade de vida do idoso tem sido, muitas vezes, associada a questões de dependência-autonomia e as dependências observadas no envelhecimento resultam de diversas alterações¹³.

Percebe-se que conceituar qualidade de vida é bastante complexo, devido à sua subjetividade e principalmente pela heterogeneidade do ser humano, pois a compreensão é diferente para cada indivíduo, podendo mudar durante o decorrer da vida.

Pode-se dizer que qualidade de vida é a satisfação individual ou a felicidade com a vida nos domínios em que o indivíduo acha importante. Existem vários fatores que podem interferir nesta satisfação individual ou felicidade, ou seja, no seu bem estar, como emprego, habitação e aspectos financeiros. A saúde é apenas um dos fatores. Por isso, alguns pesquisadores relataram a importância de redefinir este nome quando o objetivo é somente avaliar a saúde, para isto, foi criado então o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) que é empregado quando os valores de vida não relacionados diretamente à saúde, tais como rendimento financeiro ou liberdade, não são considerados¹⁴.

Deste modo, o envelhecer com qualidade de vida é um desafio que se impõe à sociedade atual, pois o prolongamento da vida tem pouco sentido caso a qualidade de vida não seja preservada.

Assim, destaca-se a relevância de se investigar a qualidade de vida, pois se acredita que à medida que o indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência.

4.3 Capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e independência

Os conceitos abaixo citados são distintos e, embora se sobreponham parcialmente, são fundamentais para serem discutidos neste estudo.

A capacidade de tomar decisões está intimamente relacionada à autonomia e à necessidade do sujeito para exercer, determinar e executar seus próprios desígnios. Autonomia também pode ser definida como a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como viver de acordo com suas próprias regras, portanto tornando-se um atributo importante na vida do idoso, mas sabidamente difícil de mensurar¹⁵.

O conceito de Autonomia adquire especificidade no contexto de cada teoria, mas todas elas concordam que duas condições são essenciais: liberdade e ação. Assim sendo, uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção desta deliberação¹⁶. Quanto mais elevadas as faixas etárias menor o grau de autonomia¹⁷. É importante salientar que o fato do envelhecimento tornar o idoso mais vulnerável à dependência, não precisa necessariamente fazê-lo perder ou diminuir a sua capacidade de tomar decisões em relação a sua vida.

A Independência é definida como a habilidade de executar funções relacionadas à sua rotina, ou como a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros¹⁵ e dependência significa não ser capaz de realizar as atividades cotidianas sem ajuda de outra pessoa⁶.

A Capacidade funcional é o potencial que a pessoa idosa tem para realizar a atividade, ou seja, sua capacidade remanescente, que pode ou não ser utilizada⁶,

podendo ser definida também como o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente, no seu cotidiano¹⁸.

O envelhecimento pode provocar avanço de enfermidades e perdas, que podem levar à diminuição da capacidade funcional. Porém, o conjunto de condições relacionadas ao envelhecimento parece variar bastante, assim como os padrões de autonomia e dependência. O aumento da dependência nas atividades da vida diária é comumente considerado como resultado do declínio biológico e doença denotando a influência nítida do modelo de declínio biológico do envelhecimento¹⁹.

A associação do envelhecimento com doenças, perdas e incompetência tem o defeito de atribuir apenas ao indivíduo a responsabilidade de uma má qualidade de vida. Entretanto, o envelhecimento bem sucedido não é mero atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas sim o resultado da qualidade da interação entre indivíduos em mudança, vivendo em sociedades em mudança. Depende do contexto histórico-cultural e de fatores biológicos durante todo o curso de vida do indivíduo²⁰.

Portanto, é importante salientar que quando se estuda os conceitos de capacidade funcional, autonomia e independência nos idosos, tem que se levar em conta, tanto as mudanças biológicas como as sociais. Pode-se atribuir a falta de capacidade de tomar decisões, incapacidade funcional e a dependência a causas intrínsecas, relacionadas à perda de competência física e mental; e a causas extrínsecas ou sociais que são devidos a fatores econômicos, estereótipos negativos associados à velhice e, às relações sociais ou redes sociais²¹.

Sendo assim, a avaliação da capacidade funcional busca verificar, de forma sistematizada, em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho, de forma autônoma e independente das atividades cotidianas ou atividades de vida diária da pessoa idosa⁶ e possibilita conhecer o perfil dos idosos podendo auxiliar nas implementação de estratégias, através de políticas públicas, que visem adiar ou prevenir as incapacidades funcionais.

Um dos desafios dos profissionais de saúde e do sistema de saúde no que se refere à atenção a saúde da pessoa idosa é prolongar pelo maior tempo possível a independência funcional e autonomia destes sujeitos⁶, mesmo sendo dependentes ou apresentando alguma morbidade.

4.4 Teoria da Psicologia do envelhecimento

A teoria dinâmica dependência-autonomia no curso da vida, desenvolvida por Baltes e Silverberg(1995), aborda a interação da dependência com autonomia em todas as fases da vida²¹.

A dependência e a autonomia são comumente focalizadas como polos opostos de uma mesma dimensão, no entanto estes conceitos são melhores descritos como uma relação dinâmica que se manifesta de formas diferentes nas diversas fases do desenvolvimento e nos vários domínios do comportamento. A expressão da dependência também difere de acordo com a cultura e com o indivíduo. A dependência pode significar um estado em que o indivíduo é incapaz de existir ou funcionar de maneira satisfatória sem a ajuda de outra pessoa, ou também, conota relação, apego ou solidariedade e manifesta-se na necessidade que as crianças têm dos adultos, os adultos dos adultos e os adultos dos filhos. Em contraste, a independência é associada a termos como autonomia, autoconfiança, individuação e autocontrole.

A visão tradicional refere que a autonomia e dependência são características antagônicas e reciprocamente exclusivas, ou seja, que a autonomia substitui a dependência em favor do desenvolvimento saudável, maduro e do bem estar. Atualmente considera-se a complexidade e a multidimensionalidade da autonomia e da dependência e o reconhecimento da mutualidade e da interdependência entre ambas. Especialistas sustentam a versão que não nos libertamos das relações e da necessidade de apoio, segurança e assistência dos outros na medida em que amadurecemos, mas sim nos empenhamos em construir um self envolvido, que significa adquirir o conhecimento sobre si mesmo, ao longo do curso da vida.

Deste modo, as mudanças no equilíbrio dessa dinâmica dependem da fase que a pessoa se encontra, ou seja, o equilíbrio entre dependência e autonomia muda constantemente com o desenvolvimento pessoal e os contextos ambientais; muda ao longo do tempo, de acordo com os valores, expectativas e exigências culturais e sociais. As tarefas evolutivas, que servem como um princípio organizador útil à descrição e à explicação das mudanças na dinâmica entre autonomia e à dependência no curso da vida, considera três fontes de influência em

interação: biológicas, sociológicas e psicológicas, e os pesos diferentes que estes componentes assumem nas tarefas evolutivas ao longo da vida.

Importante salientar que, quer seja biológicas, sociais ou individuais, as exigências não são fixas nem universais, tendo que levar sempre em conta as diferenças individuais, culturais, sociais, comportamentais, valorização da autonomia, expectativa de vida, assim por diante.

Em relação ao envelhecimento, os conceitos de dependência, independência, autonomia e perda de autonomia assumem grande importância.

Em virtude das grandes diferenças interindividuais durante o processo de envelhecimento, os antecedentes para as mudanças diferem em ritmo, intensidade e finalidade, criando cenários distintos para a realização das tarefas evolutivas. No entanto, existem três determinantes importantes a serem relacionados com dependência na velhice: 1- Há um aumento nas perdas físicas e nas experiências de incapacidade biológica, a saúde tende a ser um problema crescente; 2- As pressões e as perdas sociais, como a aposentadoria, por exemplo, tendem a se acumular; afetando a extensão e a intensidade da rede de relações sociais do idoso. 3- Os idosos se defrontam com o ajustamento à idéia do tempo que está se tornando cada vez mais curto pra eles.

As alterações em autonomia que ocorrem durante o envelhecimento continuam a ser uma questão de equilíbrio entre a dependência e a autonomia. Acredita-se que a tanto a integração social quanto a autonomia exerçam um papel de suma importância nesta fase de crescente vulnerabilidade biológica e de confronto com a aceitação da própria finitude, ou seja, a segurança propiciada por um ambiente acolhedor, assim como a autonomia permitida por um ambiente estimulador, são necessárias ao bem estar do idoso.

Conforme os aspectos mencionados anteriormente, as dependências relacionadas ao envelhecimento resultam tanto de mudanças biológicas quanto de mudanças nas exigências sociais.

As principais dependências do envelhecimento são classificadas em três categorias: dependência estruturada, física e comportamental. A Dependência estruturada está relacionada com a participação do indivíduo no processo produtivo. A perda do trabalho e/ou aposentadoria, por exemplo, geram dependência estruturada. A dependência física é também identificada na literatura como

incapacidade funcional, desamparo prático e incapacidade para realizar atividades da vida diária. A dependência física torna-se mais pronunciada quando o idoso apresenta doenças cerebrais degenerativas, como doença de Alzheimer ou um acidente vascular cerebral. A dependência comportamental é uma das mais temidas pelo idoso, e, com frequência, a dependência física é um precursor da dependência comportamental. Ao contrário da dependência física que é biologicamente induzida, a dependência comportamental é socialmente induzida e é comumente explicada por dois paradigmas: dependência como resultado de desamparo aprendido e dependência como instrumento de controle passivo.

A Dependência como resultado de desamparo aprendido, caracteriza o ambiente não responsivo e negligente como não contingente e, por isso, determinante de desamparo e dependência. Ao contrário, um ambiente de baixa exigência é um ambiente contingente, caracterizado por superproteção, que também resulta em dependência.

A dependência como instrumento de controle passivo, considera os comportamentos dependentes mais como resultado de contingências específicas do que da não contingência e da incompetência. Em pesquisa realizada por Baltes²², foi investigado a relação das condições ambientais com a manutenção e desenvolvimento de comportamentos dependentes dos idosos institucionalizados. Os resultados foram obtidos através de experimentos planejados, observações sequenciais e intervenção. Observou-se que nem sempre a incompetência origina a dependência comportamental, ou seja, há fatores ambientais que são no mínimo co-responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção da dependência; que o sistema social das instituições tende a ignorar a independência deles, ou seja, os comportamentos dependentes dos idosos são esperados e, mas seguidos por reações imediatas e positivas do ambiente. A autora acredita que as condições naturais podem ser modificadas para produzir mudanças no comportamento dependente do idoso, ou seja, o idoso é em princípio competente e é possível mudar as condições ambientais para encorajar as suas competências e não estimular incompetência e gerar dependência. Os ambientes podem ser estruturados para serem estimuladores e exigentes quanto às forças e competências dos idosos.

No envelhecimento, a dependência física é com muita frequência confundida com dependência para tomada de decisão, o que dá origem ao paternalismo social

de perigosas consequências, que justifica o fazer tudo em lugar dos idosos e negar sua liberdade, autonomia e capacidade de escolha.

De modo geral, a dependência é socialmente induzida na velhice e muitas vezes não corresponde às capacidades que o idoso ainda possui. As mudanças sociais e biológicas exigem equilíbrio entre perdas e ganhos, que se torna cada vez mais negativo. Por um lado, lidar com estas tarefas exige autoconfiança e autonomia. Por outro lado, o idoso tem que ser capaz de transformar a autoconfiança em dependência comportamental, ou seja, utilizar o lado positivo da dependência como facilitadora das relações, da interdependência e da autonomia quando for necessário, para compensar as perdas em competência, vivenciar sentimentos de domínio e de controle pessoal e assim produzir ganhos e uma melhor adaptação a sua realidade.

A perda de domínio sobre o próprio ambiente pode ter consequências negativas sobre a saúde física e psicológica do indivíduo. Deste modo, os ambientes devem ser estruturados para serem estimuladores e exigentes quanto às forças e competências dos idosos para poder garantir as necessidades básicas e universais como segurança e autonomia.

5 MÉTODOS

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa Quantitativa Descritiva Analítica Transversal.

A pesquisa com abordagem quantitativa é um método que utiliza técnicas estatísticas, normalmente implica na construção de inquéritos por questionário, consistindo em regras para a conferência de números e objetos, de modo a apresentar quantidades dos atributos²³.

A pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população, utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados assumindo em geral, a forma de levantamento.

O estudo analítico busca estudar a associação entre duas ou mais variáveis.

O estudo transversal é aquele que mostra um instantâneo da situação de saúde de um grupo ou da comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado²⁴.

5.2 População

A população deste estudo é composta por longevos com idade igual ou superior a 80 anos residentes no Rio Grande do Sul.

5.3 Amostra

A amostra consistiu de longevos assistido pelo Ambulatório MultiProfissional de Atenção aos Longevos (AMPAL) do Serviço de Geriatria do Hospital São Lucas (SGHSL) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e de longevos oriundos da Associação dos Ferroviários Sul Riograndenses (AFSR).

Estudo preliminar com idosos do Rio Grande do Sul observou que 41% dos longevos tinham capacidade de tomar decisões importantes relacionadas à sua saúde

e que 59% ou não decidiam ou não opinaram a respeito¹⁷. Para observar significativamente a diferença entre os 41% que decidem e os 51% que não decidem, necessitaríamos entrevistar no mínimo 49 longevos para alcançar um erro estatístico menor que 1%. Este cálculo amostral foi realizado utilizando o pacote estatístico Statcalc do Epi Info Versão 6.0.

5.4 Critérios de Inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo idosos de 80 anos ou mais, de ambos os sexos, que estejam dispostos a serem entrevistados.

Idosos de 80 anos ou mais que não tiveram condições cognitivas de responder sozinhos as questões do SF12 que mede qualidade de vida relacionada a saúde e questões do Instrumento do Desenvolvimento Psicológico Moral foram excluídos na análise destes parâmetros.

5.5 Procedimento de coleta de dados

Os longevos foram convidados a participar do estudo e receberam, individualmente, as informações referentes aos procedimentos aos quais serão submetidos e entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (APÊNDICE A).

A coleta de dados foi realizada através de entrevista e aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário geral, Questionário de interação entre o longo e sua vida, Medida de Independência Funcional (MIF), questionário Short Form-12(SF12), Mini Exame de Estado Mental (MEEM) e Questionário sobre a capacidade de tomar decisão (IDPM).

Os instrumentos: Questionário geral, Questionário de interação entre longo e sua vida, Medida da Independência Funcional (MIF) foram aplicados no longo e, em alguns casos, quando esses apresentaram sinais de dificuldades para responder ou de dependência, foi solicitada a colaboração do cuidador ou familiar. O Mini Exame Estado de Mental (MEEM), Questionário Short Form-12(SF12) e Questionário sobre a capacidade de tomar decisão (IDPM) foram respondidos

somente pelo longo, quando não conseguiram responder sozinhos foram excluídos desta análise.

5.6 Instrumentos

Nesse estudo, foram utilizados instrumentos para identificar dados gerais, observar a interação entre o longo e sua vida, avaliar independência funcional, avaliar qualidade de vida, investigar desempenho cognitivo e verificar a capacidade de tomar decisão.

- Questionário Geral

O questionário é composto por questões referentes a dados de identificação, dados gerais como: escolaridade, estado conjugal, cor da pele, religião, profissão, renda, número de filhos e dados relacionado à saúde. (APÊNDICE B)

- Questionário de interação entre o longo e sua vida

Foi criado um questionário com o objetivo de medir a frequência com que o longo decide quanto à realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária, incluindo questões relacionadas à saúde, atividades sociais e lazer.

Foi avaliada também a frequência que o longo decide sobre suas atividades ao utilizar questões atuais e pregressas, no aspecto retrospectivo foi perguntado ao longo quanto ele julgava ser capaz de decidir sobre cada questão 10 anos antes da idade atual. (APÊNDICE C)

As questões do questionário foram agrupadas e classificadas por domínios, de acordo com suas afinidades. As questões A1-B1, A2-B2, A3-B3 foram classificadas como domínio Decisão autocuidado, o que engloba atividades relacionadas a atividades de higiene, hora de deitar e acordar, escolha da roupa. As questões A4-B4, A5-B5, A6-B6 e A7-B7 foram classificadas como domínio Decisão no lar, o que engloba atividades básicas e instrumentais realizadas pelo longo no lar, como preparo e escolha da comida, rotinas em relação a ouvir rádio, assistir tv, fazer leitura, atender ou fazer ligação telefônica. As questões A8-B8, A9-B9 e A10-

B10, foram classificadas como domínio Decisão social, o que engloba atividades relacionadas à vida do social do longevo, como visita a amigos e familiares, passeios, compra de alimentos e pessoais, participação em grupos. A questão A11-B11, foi classificada como domínio Decisão saúde e está relacionada a questão de saúde do longevo, como consulta médica, procedimentos cirúrgicos.

- Medida de Independência Funcional (MIF)

O principal foco da MIF é avaliar a independência funcional, ou seja, mensurar o grau de solicitação de cuidados de terceiros de que o paciente necessita para realização de tarefas motoras e cognitivas. Traduzida e adaptada no Brasil²⁵.

A MIF é um instrumento que compreende o domínio motor e cognitivo sendo composto por 18 tarefas que avaliam o desempenho do indivíduo. O domínio motor envolve 13 tarefas: autocuidado - alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se acima da cintura, vestir-se abaixo da cintura e uso de vaso sanitário; controle esfinteriano - controle de urina e controle de fezes; transferências - leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, chuveiro / banheira; locomoção - locomoção e escadas e o domínio cognitivo e social envolve 5 tarefas: comunicação - compreensão e expressão e cognitivo social - interação social, resolução de problemas e memória. Neste estudo utilizamos para avaliação somente o domínio motor. (ANEXO A)

Cada item pode ser classificado em uma escala de graus de dependência de 7 níveis, sendo o valor 1 correspondente à dependência total e o valor 7 correspondente à normalidade na realização de tarefas de forma independente. A pontuação máxima do MIF motor é de 91 pontos, para independência completa e 13 pontos para a pontuação mínima que revela alto grau para dependência. Para aplicação do instrumento da MIF, foram utilizadas as orientações propostas pelo Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da Pessoa idosa⁶.

A classificação do MIF²⁶ segundo o grau de dependência para cada atividade a ser realizada, conforme quadro 1 abaixo:

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA		DESCRIÇÃO dos NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA
INDEPENDÊNCIA (SEM AJUDA)		Não é necessária a ajuda de outra pessoa para realizar as atividades.
7	INDEPENDÊNCIA COMPLETA	Todas as tarefas descritas que constituem a atividade em questão são realizadas em segurança, sem modificação, sem ajuda técnica e em tempo razoável.
6	INDEPENDÊNCIA MODIFICADA	A atividade requer uma ajuda técnica, adaptação, prótese ou órtese, um tempo de realização demasiado elevado, ou não pode ser realizada em condições de segurança suficientes.
DEPENDENTE (COM AJUDA)		É necessária outra pessoa para supervisão ou ajuda física, sem a qual, a atividade não pode ser realizada.
5	SUPERVISÃO ou PREPARAÇÃO	A pessoa só necessita de um controle, ou uma presença, uma sugestão, ou um encorajamento, sem contato físico. Ou ainda o ajudante (a ajuda) arranja ou prepara os objetos necessários ou coloca a órtese ou prótese (ajuda técnica).
4	ASSISTÊNCIA MÍNIMA	O contato é puramente "tátil", com uma ajuda leve, a pessoa realiza a maior parte do esforço.
3	ASSISTÊNCIA MODERADA	A pessoa requer mais que um contato leve, uma ajuda mais moderada, realiza um pouco mais da metade do esforço requerido para a atividade.
DEPENDÊNCIA COMPLETA		A pessoa efetua menos da metade do esforço requerido para a atividade. Uma ajuda máxima ou total é requerida, sem a qual a atividade não pode ser realizada.
2	ASSISTÊNCIA MÁXIMA	A pessoa desenvolve menos da metade do esforço requerido, necessitando de ajuda ampla ou máxima, mas ainda realiza algum esforço que ajuda no desempenho da atividade.
1	ASSISTÊNCIA TOTAL	A pessoa efetua esforço mínimo, necessitando de ajuda total para desempenhar as atividades.

Quadro 1- Medida de Independência Funcional – Descrição dos Níveis de Dependência
Fonte: BRASIL, 2006⁶

- Questionário Short-Form 12 (SF12)

Este instrumento é utilizado para avaliar a Qualidade de Vida Relacionado à Saúde (QVRS) e foi validado no Brasil em 2004²⁷, as questões do questionário foram originadas do Short-Form 36 (SF36) que foi traduzido e validado no Brasil e mostrou-se adequado às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira²⁸. O desempenho do questionário SF12 está amplamente documentado na literatura, tanto das versões originais em inglês, quanto das inúmeras versões em outras línguas já validadas²⁹⁻³⁰.

Dentre as vantagens referidas a utilização do questionário SF12, encontra-se o conteúdo e formato, opções de períodos de lembrança, opções de pontuação e sua padronização com teóricos de populações, documentação científica³¹.

No que se refere ao conteúdo e formato, o instrumento foi desenvolvido a partir da seleção dos 12 itens que tiveram a melhor propriedade de correlação com cada domínio de origem do questionário SF36, atribuindo uma boa validade de construção. A sua versão é curta, resultando em um questionário muito prático³². (ANEXO B)

Deste modo, o questionário SF12 é composto por 12 questões, derivadas do questionário SF36, cujos escores explicam os componentes físico e mental do instrumento original. É um questionário genérico que mede Qualidade de vida Relacionado à Saúde. O escore varia de 0 a 100, onde o maior escore indica melhora no componente. As pontuações podem ser padronizadas e normatizadas, onde valores iguais a 50 estão semelhantes à população normal, de referência e valores abaixo de 50 representam uma piora da qualidade de vida em relação à média populacional descrita³³.

- Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

O Mini Exame do Estado Mental foi desenvolvido por Folstein et al ³⁴ , é considerado um instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo e compreende 11 itens, agrupados em 7 domínios: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. (ANEXO C)

A pontuação varia de zero (maior grau de comprometimento cognitivo) até 30 (melhor capacidade cognitiva). O ponto de corte será utilizado segundo a escolaridade: 13 pontos para analfabetos, 18 pontos de um a sete anos de escolaridade e 26 pontos para aqueles com mais de oito anos de escolaridade³⁵.

- Questionário sobre capacidade de tomar decisão
Instrumento do Desenvolvimento Psicológico Moral (IDPM)

O IDPM está relacionado com capacidade de tomar decisões e foi avaliado empregando o referencial de Loevinger sobre as diferentes fases do ego³⁶ utilizando uma versão modificada do instrumento proposto por Souza³⁷ que implica em assinalar, dentre um conjunto de frases simples, aquelas que mais correspondem ao gosto pessoal do indivíduo. Com base na média dos resultados obtidos individualmente, cada sujeito foi classificado em uma das sete fases do desenvolvimento psicológico-moral. Outros estudos também demonstram a aplicabilidade do instrumento³⁸⁻³⁹.

O instrumento é composto por trinta afirmações, distribuídas de acordo com as fases do desenvolvimento moral. Portanto, a cada alternativa é atribuído o valor numérico correspondente à respectiva fase. Dentre estas trinta alternativas propostas, o sujeito deve escolher nove delas que correspondam as suas preferências pessoais. Após preenchimento o instrumento, soma-se o valor atribuído às nove alternativas selecionadas pelo respondente e calcula-se a média dos pontos. O valor obtido nesta média corresponde à fase do desenvolvimento moral a qual a pessoa pertence. (ANEXO D)

As fases do desenvolvimento psicológico-moral³⁷ que o sujeito se encontra, caracterizado pela pontuação encontrada de acordo com a média dos valores obtidos, descritos conforme quadro2 abaixo:

a) Pré social (0,1-1,0)	Início do desenvolvimento, ainda pré verbal.
b) Impulsiva (1,1- 2,0)	O indivíduo toma decisões por impulso, baseado apenas em seu desejo, não considerando as informações.
c) Oportunista (2,1-3,0)	Supervalorização dos desejos e a valorização das informações para atingi-los.
d) Conformista (3,1-4,0)	As crenças do indivíduo se sobrepõem aos seus próprios desejos e justificam as contingências impostas pelo meio.
e) Consciososa (4,1-5,0)	O indivíduo é capaz de tomar decisões de forma mais autônoma, cotejando os desejos e as crenças, mas, ainda é passível de constrangimento, pois não tem a noção de regra introjetada.
f) Autônoma (5,1-6,0)	O indivíduo já possui as regras introjetadas e é capaz de tomar decisões livres de constrangimento de forma independente.
g) Integrada (6,1-7,0)	O indivíduo possui a noção da regra individual introjetada, mas se vê como parte de um todo, com a compreensão da interdependência existente.

Quadro 2- Classificação das fases do desenvolvimento psicológico-moral
Fonte: Souza, 1968³⁷.

5.7 Procedimentos de análise de dados

O banco de dados foi organizado no programa TeleForm e para as análises estatísticas será utilizado *software* Epiinfo (versão 7.0).

A QVRS, MIF e IDPM foram consideradas variáveis dependentes. A QVRS foi dividida em componente físico e mental, sendo ambas variáveis quantitativas. A MIF foi analisada por domínio e motora total. A capacidade de tomada de decisão foi avaliada como índice quantitativo do IDPM e classificada conforme a fase de desenvolvimento psicológico moral. As variáveis independentes potenciais fatores de confusão do estudo foram: idade, sexo, cor, escolaridade, estado civil, renda do idoso, presença de cuidador, número de filhos e multimorbidades. Houve a divisão dos longevos conforme a faixa etária em octogenários e nonagenários.

No tratamento dos dados socioeconômicos e demográficos, para as variáveis quantitativas (idade, número de filhos, renda e tempo de estudo) foram realizadas análises descritivas com média e desvio-padrão inicialmente para cada nível da faixa etária e também para as médias do IDPM, MIF e QVRS. Para as variáveis qualitativas (sexo, multimorbidades, classificação do IDPM, estado conjugal, cor e presença de cuidador) foram analisadas por frequências e percentuais.

As médias das variáveis dependentes foram comparadas entre os níveis de sexo, cor, estado conjugal e presença de cuidador pela análise de variância (ANOVA). A correlação das variáveis dependentes e idade, anos de estudo, renda familiar, número de filhos vivo e multimorbidades foram testadas pela regressão linear. A correlação entre idade e capacidade funcional e os componentes da QVRS para cada fase do desenvolvimento psicológico moral foram observadas através da construção de gráficos de dispersão.

Níveis de significância menores do que 5% ($p < 0,05$) serão considerados significativos. Níveis de significância entre 5 e 10% serão considerados indicativos de significância, conforme os critérios de Bós⁴⁰.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Com base na resolução 196/96, toda a pesquisa com seres humanos deve ser submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (CEP/PUCRS). Cada participante da pesquisa recebe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O termo informa os propósitos, com linguagem fácil e acessível, deixando claro que o estudo é voluntário, tendo o direito de abandoná-lo a qualquer momento. (Apêndice C).

O Projeto foi liberado pelo CEP/PUCRS com parecer de número 107.901 em 14/09/2012.

7 RESULTADOS

A amostra foi composta de 47 longevos divididos, por faixa etária, em dois grupos: grupo de nonagenários e grupo de octogenários. Como os longevos eram procedentes de diferentes locais, foi realizada uma análise preliminar para identificar possíveis diferenças nos fatores sociodemográficos entre os longevos oriundos da Associação dos Ferroviários Sul Riograndense (AFSR) e do Ambulatório Multiprofissional de Assistência aos Longevos (AMPAL). Não foi encontrada diferença significativa nas variáveis sociodemográficas.

Tabela 1. Distribuição percentual do sexo, estado conjugal e cor segundo faixa etária.

VARIÁVEIS	GRUPOS		
	Nonagenários	Octogenários	Total
Sexo			
Feminino	71,4% (20)	68,4% (13)	33
Masculino	28,6% (08)	31,6% (06)	14
Estado conjugal			
Casado	10,7% (03)	31,6% (06)	9
Viúvo	85,7% (24)	68,4% (13)	37
Solteiro	3,6% (01)	–	01
Cor			
Branca	85,7% (24)	57,9% (11)	35
Parda	7,1% (02)	31,6% (06)	08
Preta	7,1% (02)	10,5% (02)	04

Fonte: Mirandola(2014)

A tabela 1 apresenta a distribuição percentual do sexo, estado conjugal e cor, segundo faixa etária.

O grupo dos nonagenários foi composto por 28 longevos sendo 20 mulheres(71,4%) e 8 homens(28,6%), em relação ao estado conjugal 24 são viúvos(85,7%), 3 são casados (10,7%) e 1 é solteiro (3,6%); em relação a cor 24 longevos são brancos (85,7%), 2 são pardos(7,1%) e 2 são pretos(7,1%).

O grupo dos octogenários foi composto por 19 longevos sendo que 13 eram mulheres(68,4%) e 6 homens(31,6%), destes 13 eram viúvos(68,4%) e 6 casados(31,6%); em relação a cor 11 longevos referiram ser de cor branca (57,9%), 6 parda (31,6%) e 2 preta(10,5%). Em relação ao sexo, todas as mulheres eram viúvas e a maioria dos homens(64,3%) eram casados.

Tabela 2. Média da idade, renda familiar e tempo de estudo segundo faixa etária.

VARIÁVEIS	GRUPOS		P
	Nonagenários(N=28) (Média±DP)	Octogenários (N=19) (Média±DP)	
Idade (anos)	93,6 ± 2,8	85,3 ± 2,6	0,0000
Renda Familiar (reais)	2.375,92± 1754,99	2.130,94± 1443,05	0,6172
Tempo de Estudo (anos)	3,4 ± 1,9	3,7 ± 2,2	0,5804

Fonte: Mirandola(2014)

A tabela 2 apresenta a média da idade, renda familiar e tempo de estudo segundo faixa etária. O grupo de nonagenários apresentou uma idade média de 93,6 anos ($\pm 2,8$), média da renda familiar de R\$ 2375,92 ($\pm 1754,99$) e tempo de estudo de 3,4 anos ($\pm 1,9$).

O grupo dos octogenários apresentou média de idade de 85,3 anos ($\pm 2,6$), média da renda familiar de R\$ 2130,94 ($\pm 1443,05$) e 3,7 anos de estudo ($\pm 2,2$), de acordo com tabela 2.

Tabela 3. Média do Mini Estado do Exame Mental (MEEM) segundo faixa etária.

VARIÁVEIS(N)	GRUPOS		P
	Nonagenários (N=28) (Média \pm DP)	Octogenários (N=19) (Média \pm DP)	
MEEM (47)	19,8 \pm 4,9	23,3 \pm 4,6	0,0189

Fonte: Mirandola(2014)

A tabela 3 descreve a média do MEEM segundo faixa etária. O grupo dos nonagenários apresentou uma média de 19,8 \pm 4,91 no MEEM, enquanto que o grupo dos octogenários apresentou resultado melhor com média de 23,3 \pm 4,6, evidenciando uma diferença significativa entre os grupos, conforme tabela 3.

A média dos escores do MEEM tanto do grupo dos nonagenários como dos octogenários, mostrou que os pesquisados não apresentavam déficit do estado cognitivo, de acordo com a escolaridade.

Tabela 4. Classificação do Instrumento de Desenvolvimento Psicológico-Moral (IDPM) segundo faixa etária.

IDPM Classificação	GRUPOS		
	Nonagenários (N=28)	Octogenários(N=19)	Total
NSR*	14,3% (04)	5,3%(01)	10,6%(05)
Conformista	7,1%(02)	15,8%(03)	10,6%(05)
Consciososa	64,3%(18)	57,9%(11)	61,7%(29)
Autônoma	14,3%(04)	15,8%(3)	14,9%(07)
Integrada	0	5,3%(1)	2,1%(01)

Fonte: Mirandola(2014)

*NSR não soube responder

A tabela 4 apresenta a classificação do IDPM segundo faixa etária. De acordo com a classificação deste instrumento, a maioria dos longevos do grupo de nonagenários se concentrou na fase Consciososa 64,3%(18), assim como os longevos do grupo dos octogenários que foram 57,9%(11).

Do total de longevos, quatro nonagenários e um octogenário não conseguiram responder. Nenhum longevo ficou classificado nas fases pré-social, impulsiva e oportunista do desenvolvimento psicológico-moral.

Tabela 5. Média do Instrumento de Desenvolvimento Psicológico-Moral (IDPM) , segundo faixa etária.

VARIÁVEIS(N)	GRUPOS		P
	Nonagenários (N= 23) (Média±DP)	Octogenários (N=19) (Média±DP)	
IDPM (42)	3,9 ± 1,7	4,3 ± 1,2	0,4139

Fonte: Mirandola(2014)

A tabela 5 apresenta a média do Instrumento de Desenvolvimento Psicológico-Moral segundo faixa etária. O grupo de nonagenários apresentou uma média de $3,9 \pm 1,7$, onde classifica a média dos longevos deste grupo como Conformista, ou seja, as crenças do indivíduo se sobrepõem aos seus próprios desejos e justificam as contingências impostas pelo meio. Deste grupo quatro longevos não conseguiram responder.

O grupo de octogenários apresentou uma média ficou em $4,3 \pm 1,2$, mostrando que a média classifica-os na fase Conscenciosa, demonstrando que o indivíduo é capaz de tomar decisões de forma mais autônoma, cotejando os desejos e as crenças, mas, ainda é passível de constrangimento. Deste grupo um longevo não conseguiu responder o instrumento. Os resultados estão evidenciados na tabela 5 .

Tabela 6. Distribuição percentual da diminuição da frequência que o longo decide sobre suas atividades comparadas há 10 anos progressos segundo faixa etária.

VARIÁVEIS	GRUPOS		
	Nonagenários(N=28)	Octogenários(N=19)	Total
Decisão Autocuidado	32,1% (09)	10,5% (02)	23,4% (11)
Decisão no Lar	60,7% (17)	31,6% (06)	48,9% (23)
Decisão Saúde	39,3% (11)	10,5% (02)	27,7% (13)
Decisão Social	64,3% (18)	15,8% (03)	44,7% (21)

Fonte: Mirandola(2014)

A tabela 6 apresenta a distribuição percentual da diminuição da frequência que o longo decide sobre suas atividades comparado há 10 anos progressos, segundo faixa etária.

No que diz respeito a frequência de decisão comparando hoje a 10 anos progressos o grupo de nonagenários apresentou os seguintes resultados: 9 longevos (32,1%) diminuíram a frequência de decisão em relação ao domínio autocuidado, 17 longevos (60,7%) diminuíram a frequência de decisão em relação a atividades desenvolvidas no lar, 11 longevos (39,3%) diminuíram a frequência de decisão em relação a questões sobre sua saúde e 18 longevos (64,3%) diminuíram a frequência de decisão em relação atividades sociais. No grupo de octogenários 2 longevos (10,5%) diminuíram a frequência de decisão em relação ao domínio autocuidado, 6 longevos (31,6%) diminuíram a frequência de decisão em relação a atividades desenvolvidas no lar, 2 longevos (10,5%) diminuíram a frequência de decisão em relação a questões sobre sua saúde e 3 longevos (15,8%) diminuíram a frequência de decisão em relação atividades sociais. Os dois grupos apresentaram maior perda nas frequências de decisão relacionadas a atividades desenvolvidas no lar, seguida das decisões sociais. Os resultados estão evidenciados na tabela 6 .

Tabela 7. Média dos escores dos componentes da saúde física e saúde mental do SF12 segundo faixa etária.

VARIÁVEIS (N)	GRUPOS		P
	Nonagenários(N=26) (Média±DP)	Octogenários(N=19) (Média±DP)	
SF Físico (45)	50,7 ± 25,8	78,9 ± 20,4	0,0004
SF Mental (45)	59,4 ± 23,3	74,4 ± 14,1	0,0187

Fonte: Mirandola(2014)

A Tabela 7 evidencia a média dos escores dos componentes da saúde física e saúde mental do SF12 segundo faixa etária.

A QVRS foi medida pelo SF 12, os dois grupos apresentaram valores acima da média, tanto no componente físico como no mental.

A média do Grupo dos nonagenários alcançou os valores de 50,7 ± 25,8 na saúde física e 59,4 ±23,3 na saúde mental, sendo que deste grupo 02 longevos não conseguiram responder o instrumento.

O grupo de octogenários apresentou uma média de 78,9 ± 20,4 na saúde física e 74,4 ±14,1 na saúde mental. Tivemos uma diferença significativa entre os grupos, o grupo de octogenários apresentou uma melhor qualidade de vida relacionada a saúde em relação aos dois componentes, físico e mental.

Tabela 8. Média dos escores dos componentes da saúde física e saúde mental do SF12 segundo o sexo.

VARIÁVEIS (N)	SEXO		P
	Feminino (N=31) (Média±DP)	Masculino (N=14) (Média±DP)	
SF Físico (45)	57 ± 27,6	73 ± 24,3	0,0712
SF Mental (45)	61 ± 22,2	76 ± 14,7	0,0216

Fonte: Mirandola(2014)

A tabela 8 apresenta a média dos escores dos componentes da saúde física e saúde mental do SF12 segundo o sexo.

Quando analisado a QVRS segundo o sexo, as média dos homens e das mulheres tanto no componente físico , como componente mental ficaram acima do valor de 50, que é considerado uma boa QVRS. Sendo que os homens apresentaram melhores resultados nos componentes físico e mental quando comparado às mulheres, com diferença significativa no componente saúde mental.

Tabela 9. Medida de Independência Funcional motora (MIF motora), segundo faixa etária.

VARIÁVEIS	GRUPOS		P
	Nonagenários(N=28) (Média±DP)	Octogenários(N=19) (Média±D)	
MIF Autocuidado	38,5 ± 5,54	41,8 ± 0,6	0,0125
MIF Controle Esfíncteres	13,2 ± 1,15	13,3 ± 0,7	0,9206
MIF Mobilidade	17,8 ± 4,4	20,8 ± 0,6	0,0061
MIF Locomoção	11 ± 3,5	13,4 ± 1,2	0,0065
MIF motora total	80,6 ± 13,1	89,4 ± 2,7	0,0066

Fonte: Mirandola(2014)

A tabela 9 apresenta a avaliação da capacidade funcional segundo Medida de Independência Funcional Motora (MIF motora) de acordo com faixa etária.

A MIF motora é mensurada através de quatro domínios. O grupo de nonagenários pontuou uma média de 38,5 ±5,54 no domínio autocuidado, que considera as atividades diárias básicas como alimentação, higiene pessoal, banho, vestir a roupa, no domínio controle esfíncteres, ou seja, manter controle sobre urina e evacuação a média ficou em 13,2 ±1,15, no domínio mobilidade que contempla transferências a média foi de 17,8 ±4,4, e no domínio locomoção relacionada com caminhar e subir escadas a média foi de 11 ±3,5, apresentando um MIF motora total de 80,6 ±13,1.

O grupo de octogenários apresentou uma média de 41,8 ±0,6 no autocuidado, 13,3 ±0,7 no controle de esfíncteres, 20,8 ±0,6 na mobilidade e 13,4 ±1,2 na locomoção, apresentando um MIF motora total de 89,4 ±2,7, conforme tabela 9.

Os grupos foram classificados de acordo com suas médias, os quais ambos foram considerados independentes (sem ajuda), sendo que o grupo de nonagenários se enquadrou na Independência Modificada, o que significa que a execução da atividade requer uma ajuda técnica, adaptação, prótese ou órtese, um tempo de realização demasiado elevado, ou não pode ser realizado em condições de segurança suficientes, enquanto que os octogenários se aproximam da Independência Completa, onde todas as tarefas descritas que constituem a atividade

em questão são realizadas em segurança, sem modificação, sem ajuda técnica e em tempo razoável.

O grupo de octogenários apresentou maior independência funcional, com diferença significativa nos domínios autocuidado, mobilidade, locomoção e na soma total dos domínios do MIF motora em relação ao grupo de nonagenários.

Tabela 10. Distribuição percentual de doenças autorreferidas, segundo faixa etária.

GRUPOS			
DOENÇAS REFERIDAS	Nonagenários	Octogenários	Total
Hipertensão	67,9%(19)	47,4% (9)	59,6% (28)
Artrose	50%(14)	26,3%(5)	40,4 (19)
Cardiopatia	32,1%(9)	31,6%(6)	31,9% (15)
Oftalmopatia	42,9%(12)	5,3%(1)	27,7% (13)
Diabetes mellitus	17,9%(5)	36,8%(7)	25,5% (12)
Problema intestinal	25% (7)	–	14,9% (7)
Ansiedade	25%(7)	10,5%(2)	19,1% (9)
Depressão	17,9%(5)	10,5%(2)	14,9% (7)
Câncer	17,9%(5)	5,3%(1)	12,8% (6)
Tireoidopatia	10,7% (3)	10,5%(2)	10,6% (5)
Hígido	3,6%(1)	10,5%(2)	6,4% (3)
Demência	3,6% (1)	5,3% (1)	4,3% (2)

Fonte: Mirandola(2014)

A tabela 10 apresenta a distribuição percentual de doenças autorreferidas pelos longevos, segundo faixa etária.

No que diz respeito às doenças o grupo de nonagenários referiram ter: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 67,9%(19), artrose 50%(14), oftalmopatia 42,9%(12), cardiopatia 32,1%(9), problema intestinal 25%(7), ansiedade 25%(7), Diabetes Mellitus (DM) 17,9%(5), depressão 17,9%(5), tido câncer 17,9%(5), problema de tireoide 10,7%(3), demência 3,6 %(1), ser hígido 3,6%(1). Os octogenários referiram ser portadores de HAS 47,4%(9), 36,8%(7) de DM, 31,6%(6) de cardiopatia, 26,3%(5) de artrose, 10,5%(2) de depressão, 10,5%(2) de problema de tireoide, 10,5%(2) ser hígido, 10,5%(2) de ansiedade, 5,3%(1) de oftalmopatia, 5,3 %(1) ter demência, 5,3%(1) tiveram câncer. As doenças mais referidas pelos longevos de ambos os grupos foram HAS seguida de artrose e cardiopatias.

Tabela11. Distribuição das variáveis sociodemográficas dos longevos, segundo a Capacidade Funcional.

CAPACIDADE FUNCIONAL			
VARIÁVEIS	N	Média±DP	P
Sexo			
Feminino	33	83,5 ± 10,9	0,5143
Masculino	14	85,8 ± 11,	
Cor			
Branca	35	83,5 ± 11,6	0,4682
Parda	08	88,5 ± 4,6	
Preta	04	81,5 ± 15	
Estado conjugal			
Casado	09	88,7 ± 3,6	0,0008
Solteiro	01	47,0 ± 0,0	
Viúvo	37	84,1± 10,5	
Cuidador			
Não	24	89,8 ± 1,5	0,0000
Sim, profissional	06	70,6 ± 17,7	
Sim, familiar	17	78,6 ± 12,2	

Fonte: Mirandola(2014)

Conforme a tabela 11 que apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas dos longevos segundo a capacidade funcional, os longevos casados apresentaram uma melhor capacidade funcional do que os demais, assim como os longevos que não necessitam de cuidador também apresentaram uma melhor capacidade funcional do que os longevos que tem cuidador familiar ou profissional, a capacidade funcional foi avaliado através da MIF motora.

Tabela12. Análise da regressão linear da capacidade funcional e variáveis numéricas sociodemográficas.

CAPACIDADE FUNCIONAL		
VARIÁVEIS	Coeficiente	P
Idade	- 0,94	0,0032
Anos de estudo	- 0,29	0,7163
Renda familiar	0,00	0,4650
Filhos vivos	0,96	0,1784
Multimorbidades	- 1,75	0,0264

Fonte: Mirandola(2014)

A tabela 12 mostra o resultado da análise da regressão linear da capacidade funcional e variáveis sociodemográficas e demonstra que mesmo ajustando por fatores sociodemográficos, quanto maior a idade e o número de morbidades pior é a capacidade funcional do longevo, a capacidade funcional avaliado através da MIF.

Tabela 13 . Médias do índice do desenvolvimento psicológico moral para os níveis das variáveis sociodemográficas dos longevos.

FASE DO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO MORAL			
VARIÁVEIS	N	Média±DP	P
Sexo			
Feminino	33	4,1 ± 1,4	0,7531
Masculino	14	3,9 ± 1,8	
Cor			
Branca	35	4,1 ± 1,6	0,4370
Parda	08	4,4 ± 0,5	
Preta	04	3,2 ± 2,1	
Estado conjugal			0,0137
Casado	09	4,6 ± 0,8	
Solteiro	01	0,0 ± 0,0*	
Viúvo	37	4,0 ± 1,5	
Cuidador			
Não	24	4,6 ± 0,6	0,0236
Sim,profissional	06	3,6 ± 2,1	
Sim,familiar	17	3,2 ± 2,1	

Fonte: Mirandola(2014)

* participantes com pontuação zero corresponde a total falta de capacidade de decisão.

A tabela 13 apresenta as médias do índice do desenvolvimento psicológico moral para os níveis das variáveis sociodemográficas dos longevos. Do numero total de longevos, cinco participantes não conseguiram responder o IDPM demonstrando total falta de capacidade de decisão. Destes cinco longevos que não responderam o IDPM, três eram do sexo feminino e dois do sexo masculino, em relação à cor quatro eram brancos e um preto, quatro tinham cuidadores familiares e um cuidador profissional, no que se refere ao estado conjugal quatro eram viúvos e um solteiro.

Houve diferença significativa na fase psicológica moral do longevo em relação ao estado conjugal e também no que diz respeito à presença de cuidador. Os

longevos casados apresentaram resultado melhor do que o solteiro, assim como os longevos que referiram não ter cuidador tiveram um melhor resultado na classificação do IDPM quando comparado com os longevos que tem cuidador.

Tabela 14. Análise da regressão linear do índice do desenvolvimento psicológico moral e as variáveis numéricas sociodemográficas

FASE DO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO MORAL		
VARIÁVEIS	Coeficiente	P
Idade	- 0,05	0,2772
Anos de estudo	0,07	0,4799
Renda familiar	0,00	0,7334
Filhos vivos	0,06	0,5379
Multimorbidades	-0,05	0,6491

Fonte: Mirandola(2014)

A tabela 14 apresenta a análise da regressão linear do índice do desenvolvimento psicológico moral e as variáveis numéricas sociodemográficas, observamos que a regressão linear entre as variáveis sociodemográficas e o índice do desenvolvimento psicológico moral não foi significativa.

Esta análise demonstra que mesmo não sendo significativa quanto maior a idade do longevo, pior é índice da fase psicológica moral que o longevo se encontra, assim também como quanto maior o número de morbididades pior é a fase psicológica moral do longevo.

Tabela 15 . Médias dos escores do componente físico da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde(QVRS) entre os níveis das variáveis sociodemográficas dos longevos.

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE			
Componente Físico			
VARIÁVEIS	N	Média±DP	P
Sexo			
Feminino	31	57,1 ± 27,6	0,0732
Masculino	14	72,9 ± 24,3	
Cor			
Branca	33	60,6 ± 28,7	0,6792
Parda	08	69,7 ± 25,6	
preta	04	58,3 ± 22,0	
Estado conjugal			
Casado	09	76,3 ± 25,1	0,0976
Solteiro	01	25 ± 0,0	
Viúvo	35	59,4± 26,8	
Cuidador			
Não	24	75,3 ± 20,3	0,0004
Sim,profissional	06	37,5 ± 30,3	
Sim,familiar	15	46,7 ± 25,1	

Fonte: Mirandola(2014)

A tabela 15 apresenta as médias dos escores do componente físico da QVRS entre os níveis das variáveis sociodemográficas dos longevos.

Esta tabela nos mostra que houve uma diferença significativa em relação a QVRS - componente físico entre os longevos que referiram ter cuidadores e os longevos que não tem cuidadores, ou seja, longevos que não tem cuidadores apresentam uma melhora na QVRS- componente físico.

Tabela 16. Análise da regressão linear do escore do componente físico da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS) e as variáveis numéricas sociodemográficas e Capacidade funcional.

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE		
Componente Físico		
VARIÁVEIS	Coeficiente	P
Idade	- 2,7	0,0004
Anos de estudo	- 0,54	0,7895
Renda familiar	0,00	0,6841
Filhos vivos	2,21	0,2168
Multimorbidades	- 4,78	0,0143
Capacidade funcional	1,41	0,0000

Fonte: Mirandola(2014)

A tabela 16 mostra o resultado da análise da regressão linear do escore do componente físico da QVRS e as variáveis numéricas sociodemográficas.

Esta tabela demonstra que quanto maior a idade, pior é a QVRS- componente físico, assim também como quanto maior o número de morbidades pior é a qualidade de vida. A associação da QVRS com a capacidade funcional foi positiva, evidenciando que quanto maior a capacidade funcional melhor é a QVRS- componente físico.

Tabela 17. Médias dos escores do componente mental da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS) entre os níveis das variáveis sociodemográficas dos longevos.

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE			
Componente mental			
VARIÁVEIS	N	Média±DP	P
Sexo			
Feminino	31	60,6 ± 22,2	0,0216
Masculino	14	76,1 ± 14,7	
Cor			
Branca	33	64,1 ± 22,2	0,7990
Parda	08	69,4 ± 19,5	
preta	04	68,1 ± 29,6	
Estado conjugal			
Casado	09	76,5 ± 9,1	0,0843
Solteiro	01	34,1 ± 0,0	
Viúvo	35	63,5 ± 22,4	
Cuidador			
Não	24	66,8 ± 20,3	0,4350
Sim,profissional	06	53,0 ± 23,6	
Sim,familiar	15	65,1 ± 21,3	

Fonte: Mirandola(2014)

A tabela 17 apresenta o resultado das médias dos escores do componente mental da QVRS entre os níveis das variáveis sociodemográficas dos longevos, evidenciando que houve uma diferença significativa em relação a qualidade de vida entre o sexo feminino e masculino, ou seja, os homens apresentam uma melhor QVRS - componente mental do que as mulheres.

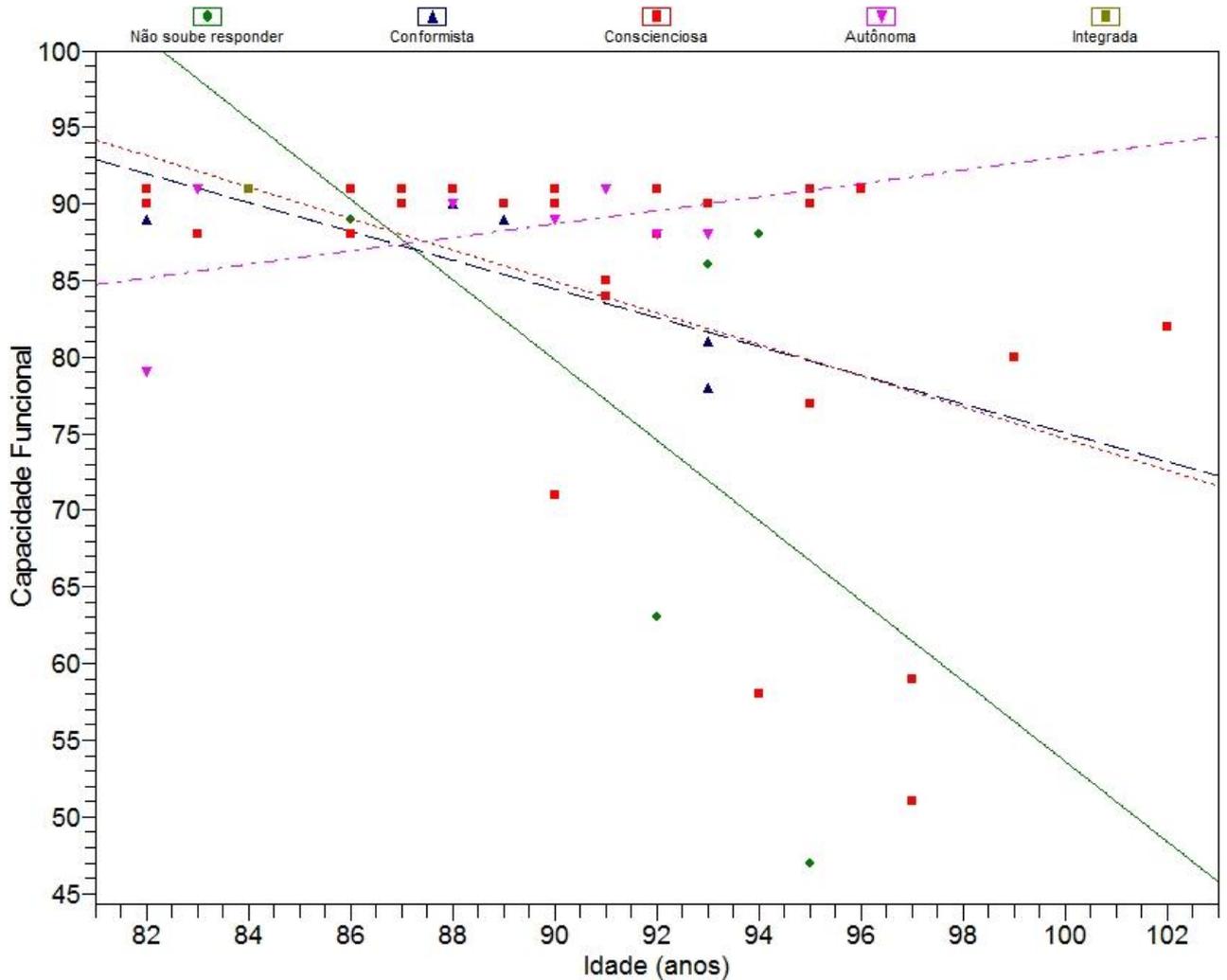
Tabela 18. Análise da regressão linear do escore do componente mental da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS) com as variáveis numéricas sociodemográficas e capacidade funcional.

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE		
Componente Mental		
VARIÁVEIS	Coeficiente	P
Idade	- 1,65	0,0008
Anos de estudo	-3,49	0,0234
Renda familiar	0,00	0,9042
Filhos vivos	0,88	0,5281
Multimorbidades	- 2,94	0,0562
Capacidade funcional	0,19	0,5248

Fonte: Mirandola(2014)

A tabela 18 apresenta os resultados da análise da regressão linear do escore do componente mental da QVRS com as variáveis numéricas sociodemográficas e capacidade funcional. Os resultados demonstraram que quanto maior a idade, pior é a QVRS-componente mental, assim também como quanto maior os anos de estudo e maior o número de morbidades pior é a qualidade de vida neste componente.

Gráfico 1. Relação da Capacidade Funcional , fase psicológica-moral e idade.

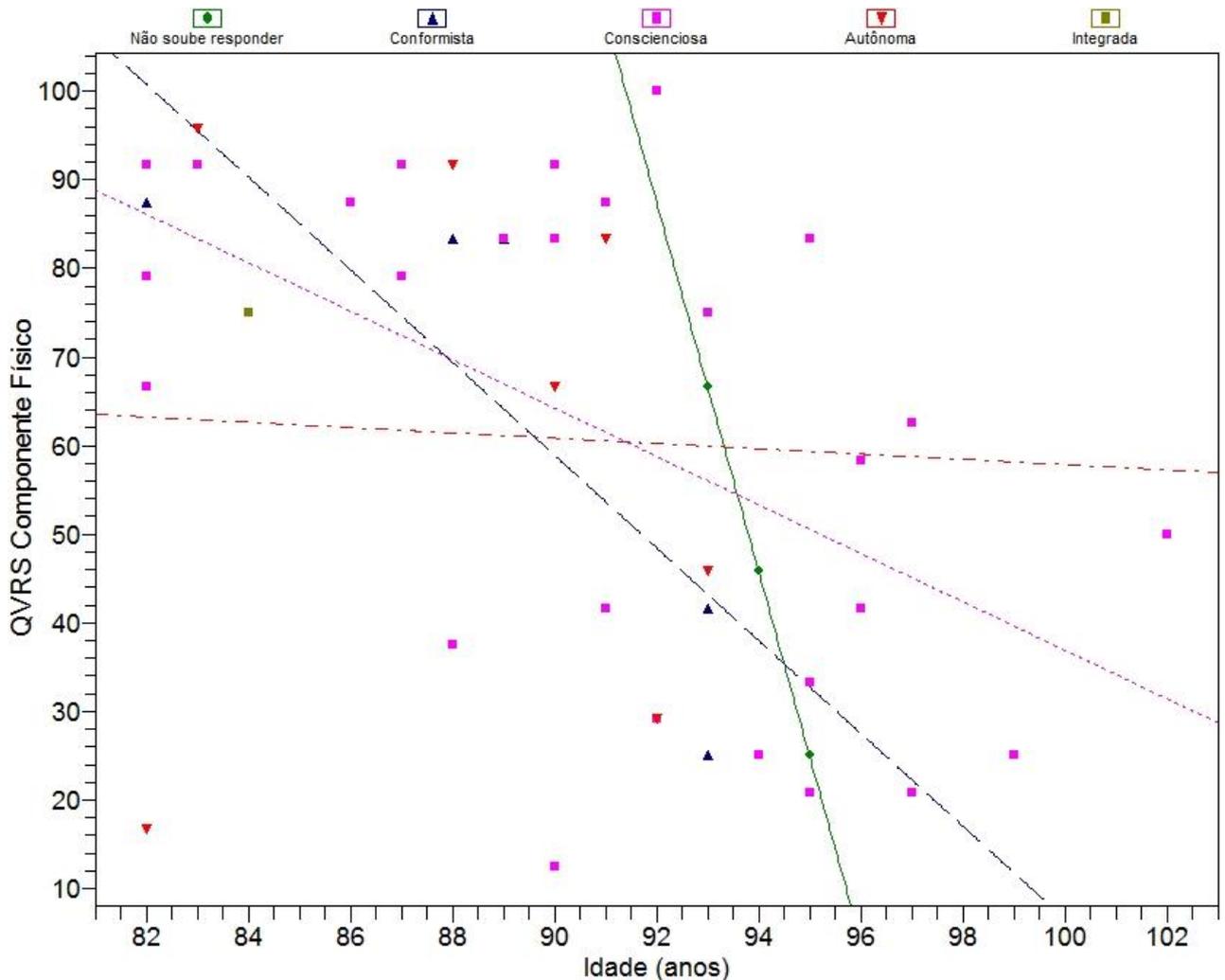


Fonte: Mirandola(2014)

O gráfico 1 relaciona capacidade funcional, fase psicológica moral e idade e mostra que o grupo que não soube responder o IDPM apresentou uma linha acentuadamente descendente que as demais fases, demonstrando que a idade exerce uma influência negativa sobre a capacidade funcional de uma forma mais importante neste grupo. O grupo da fase autônoma apresentou uma linha ascendente. Os grupos das fases conscienciosa e conformista apresentaram linhas muito semelhantes.

A interpretação do gráfico sugere que quanto maior a fase do desenvolvimento psicológico moral melhor é a relação da idade com a Capacidade Funcional, avaliado através da MIF .

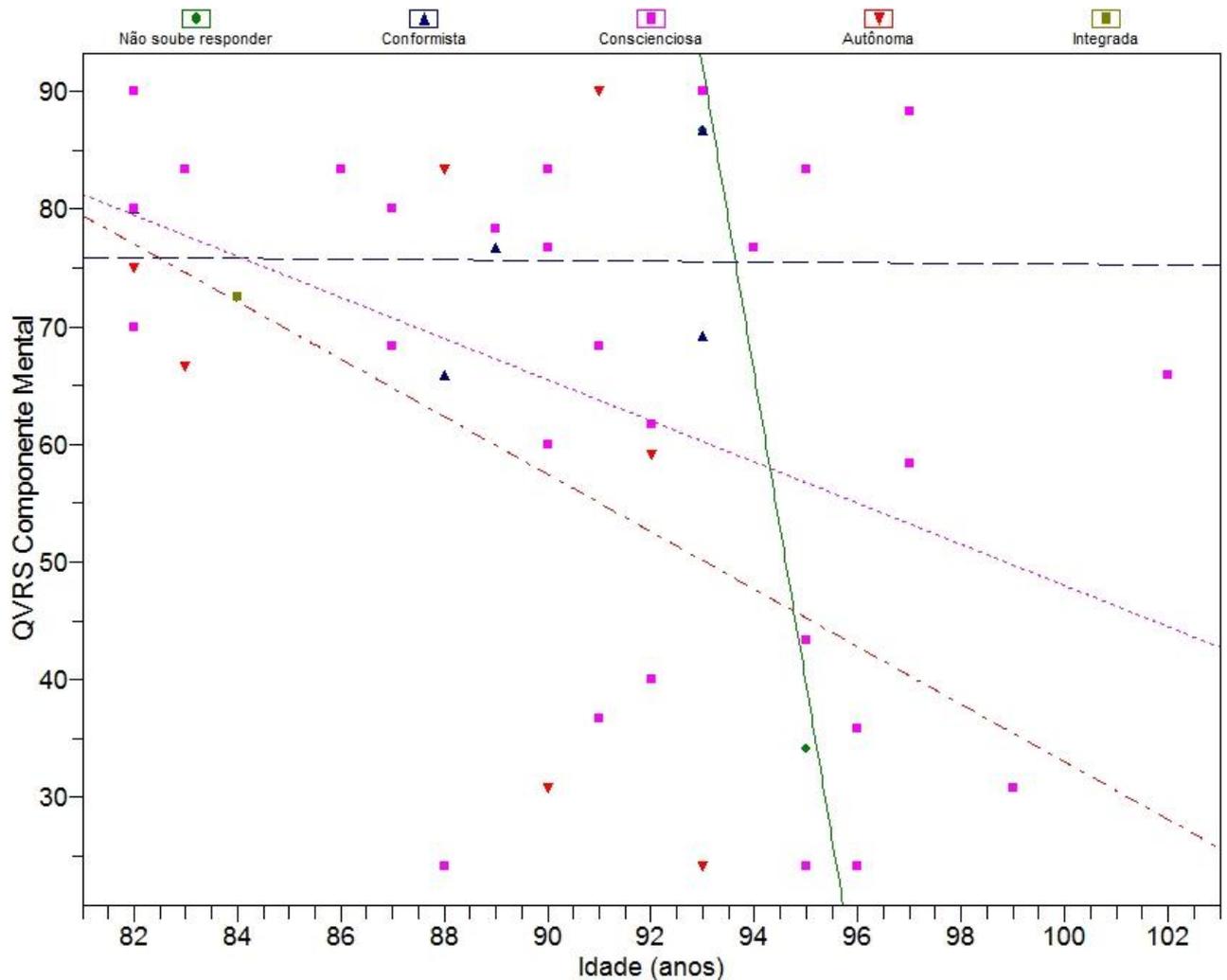
Gráfico 2 . Relação da Qualidade de Vida Relacionado à Saúde(QVRS) - componente Físico, fase psicológica-moral e idade.



O gráfico 2 mostra o comportamento da QVRS - componente físico em função da idade para cada fase do desenvolvimento psicológico moral. Observamos que os longevos que não souberam responder o instrumento apresentaram uma linha com o ângulo maior que as outras fases, esse ângulo foi negativo mostrando que o aumento da idade estava associada a uma menor QVRS-componente físico. Por outro lado a linha com menor ângulo foi a do grupo da fase autônoma demonstrando que nesse grupo a influência da idade sobre a QVRS foi menor que nos outros grupos. Observamos também que quanto maior a fase do desenvolvimento psicológico moral que o longevo se encontra menor foi a influência da idade sobre a QVRS componente

físico. Como somente tínhamos um longofo na fase integrada a relação com a idade nesta fase não pode ser observada.

Gráfico 3. Relação da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde(QVRS) - componente mental, fase psicológica moral e idade.



Fonte: Mirandola(2014)

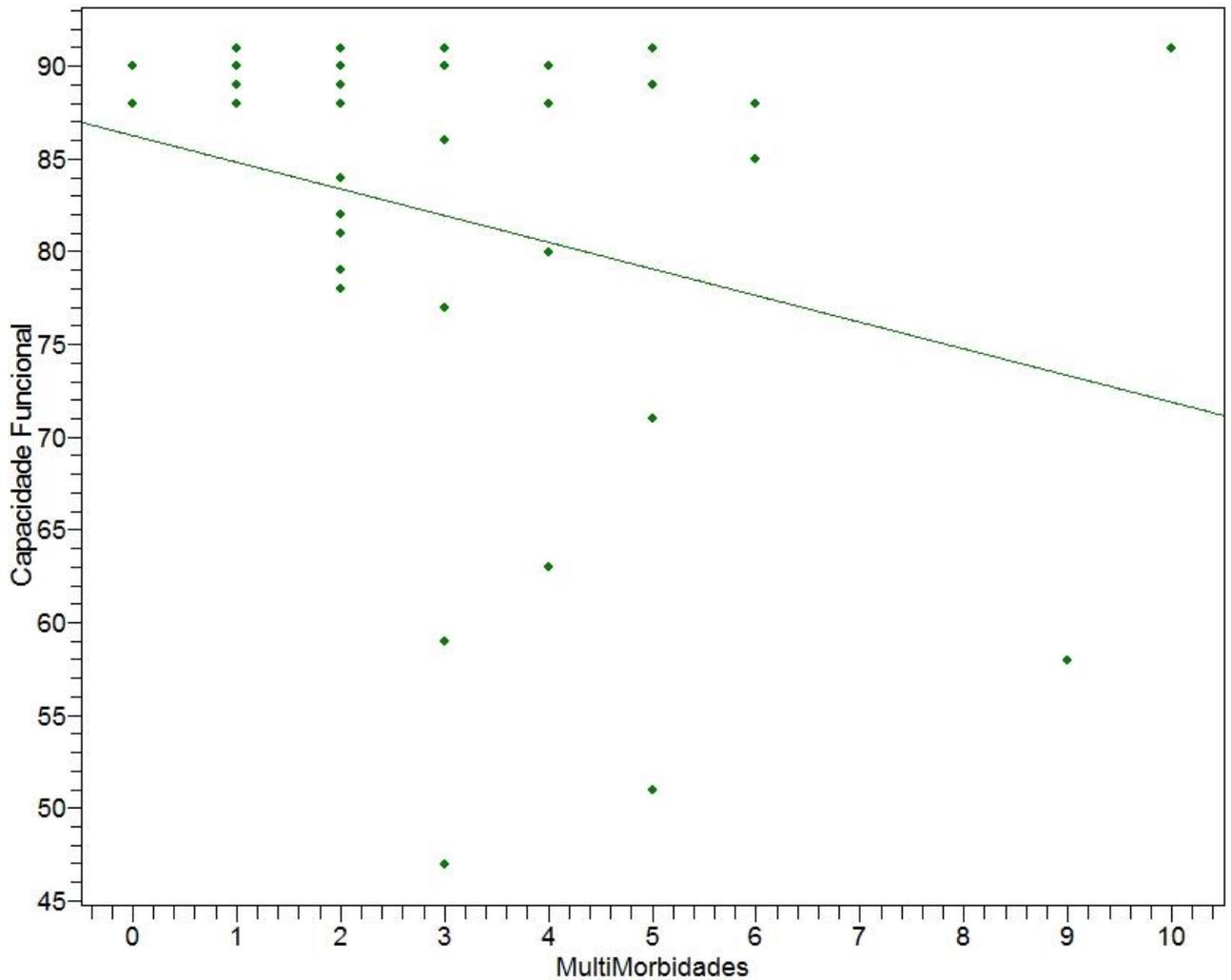
O gráfico 3 mostra o comportamento da QVRS - componente mental em função da idade para cada fase do desenvolvimento psicológico moral. Observamos que os longofoos que não souberam responder o instrumento apresentaram uma linha com o ângulo maior que os longofoos classificados nas outras fases, esse ângulo foi negativo mostrando que o aumento da idade estava associada a uma menor QVRS- componente mental.

Por outro lado a linha com menor ângulo foi a do grupo conformista demonstrado que nessa fase a influência da idade sobre a QVRS componente mental foi menor que nos outros grupos.

Observamos também que, exceto pelo grupo não soube responder, quanto maior a fase psicológica moral que o longo se encontrava maior foi a influencia da idade sobre a QVRS - componente mental. Como somente tínhamos um longo na fase integrada a relação com a idade nesta fase não pode ser observada.

O fato de o longo estar classificado numa fase mais elevada do desenvolvimento psicológico moral o tornou mais consciente da sua condição mental, por isso uma piora na QVRS no componente mental. O gráfico sugere que os longos com maior fase do desenvolvimento psicológico moral compensam a condição física imposta pela idade de uma forma mais eficiente.

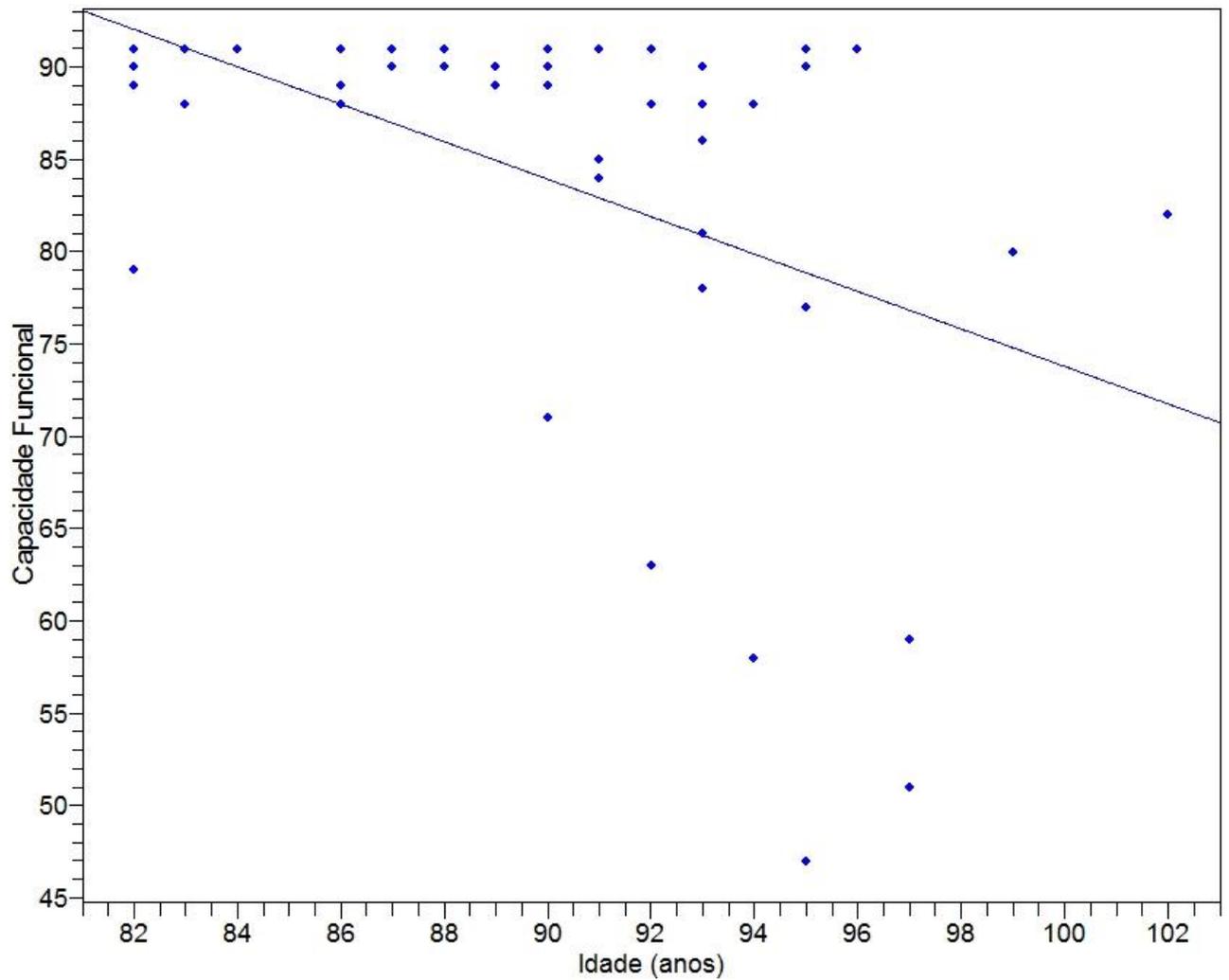
Gráfico 4 . Relação da Capacidade funcional e o número de morbidades referidas pelos longevos.



Fonte: Mirandola(2014)

O gráfico 4 apresenta a relação da capacidade funcional e o número de morbidades referidas pelos longevos. A interpretação deste gráfico sugere que quanto maior o número de morbidades menor foi o nível de capacidade funcional, avaliado através da MIF.

Gráfico 5. Relação entre a capacidade funcional e a idade do longo.



Fonte: Mirandola(2014)

O gráfico 5 demonstra a relação entre a capacidade funcional e a idade do longo. A interpretação deste gráfico sugere que quanto maior a idade do longo menor foi o nível da capacidade funcional, avaliado através da MIF .

8 DISCUSSÃO

O presente estudo teve o objetivo de estudar a relação entre capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida de longevos, a amostra foi composta por longevos de 80 anos ou mais de idade.

A capacidade funcional surge como um novo paradigma na atenção à saúde da pessoa idosa, assim como a autonomia e qualidade de vida que também são metas fundamentais a serem alcançadas quando se fala em saúde de idosos e longevos, na medida em que esses domínios são os melhores indicadores de saúde na velhice.

Para a realização das discussões dos resultados, foram utilizados estudos levantados da literatura, sendo que a maioria deles enfoca somente a temática "idoso". Utilizou-se destas referências em razão do déficit de pesquisas com longevos nas publicações vigentes.

Dados Sociodemográficos

A amostra estudada constituiu-se na maior parte por longevos do sexo feminino (70%). Isto reflete a realidade brasileira e está de acordo com o que vem sendo descrito na literatura ⁴¹, por ser uma das características do processo de envelhecimento populacional.

Um estudo que corrobora esse achado analisou as características de saúde e socioeconômicas de idosos longevos em duas cidades distintas, em Ribeirão Preto-SP e Caxias do Sul-RS, demonstrando que em ambas as cidades, o sexo feminino predomina entre os idosos longevos⁴². Na literatura^{43,44,45,46,47} evidencia-se o maior número de mulheres entre a população idosa confirmando a feminilização do envelhecimento. A feminilização do envelhecimento tem sido relacionado à maior longevidade observada nas mulheres⁴⁸, mas também está relacionada à maior participação das mulheres em atividades sociais⁴⁵ e busca pelos serviços de saúde.

No presente trabalho observou-se que, a presença de homens na lista de longevos da AFSR indicados para fazer parte do estudo foi maior do que o número de participantes que vieram de fato fazer parte da pesquisa. Este fato reforça a

pouca predisposição dos homens em participar de atividades sociais e de atenção à saúde. Este fato é confirmado pelo comentário expresso pela funcionária da AFSR responsável pelo convite direcionado aos longevos que relatou o fato de muitos homens informarem estar bem e não precisarem de atendimento, deixando a oportunidade para outros.

No que diz respeito ao estado conjugal, todas as mulheres deste estudo eram viúvas, podendo-se inferir dizer que o aumento do número de idosas viúvas dentro desta faixa etária está ligado à maior longevidade das mulheres. Estas tendem a permanecer sozinhas, enquanto, os homens procuram por um novo casamento⁴⁹.

Os anos de estudo dos longevos participantes desta pesquisa ficaram entre três e quatro anos tanto em octogenários quanto em nonagenários, demonstrando uma baixa escolaridade, dados semelhantes foram encontrados na literatura^{50,51,52} evidenciando que os idosos, principalmente os longevos, apresentam poucos anos de estudo. Pode-se dizer que a baixa escolaridade é um reflexo da organização social do início do século passado, que dificultava o acesso ao ensino formal⁵¹.

Mini Exame Estado Mental (MEEM)

Evidenciou-se neste estudo que a média dos escores do MEEM, de acordo com escolaridade, não demonstrou déficit cognitivo para ambos os grupos de idosos longevos, porém, os octogenários apresentaram um resultado melhor do que os nonagenários. Alguns estudos corroboram esse achado ao apontarem, a diminuição progressiva da média dos escores do MEEM conforme o aumento da idade^{53,54}. Um estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho MEEM entre idosos mostra que escores mais baixos são observados em faixas etárias mais velhas, sendo a idade considerada um dos fatores mais importantes para o declínio cognitivo⁵⁵.

Foi possível observar, durante a aplicação do MEEM, que alguns longevos tiveram dificuldades de responder algumas perguntas, não por falta de entendimento, mas sim por dificuldades sensoriais, como audição e visão. Em relação à data atual, às vezes não lembravam, possivelmente demonstrando falta de estímulo ou interesse em registrar este fato. Além disso, alguns não tinham certeza

dos anos de estudo, dado que talvez não importante para os pesquisados, mas importante para instrumento, uma vez que utiliza esta variável como ponto de corte da pontuação do teste. Portanto, percebeu-se a carência de uma avaliação para rastreio cognitivo que seja mais adaptada aos longevos.

Doenças Crônicas ou morbidades

O envelhecimento da população vem acompanhado do aumento de doenças crônicas não transmissíveis e estas podem prejudicar a saúde dos indivíduos, se transformando nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, porém com um custo maior para os indivíduos, famílias e sociedades dos países em desenvolvimento¹⁵.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o número de doenças crônicas não transmissíveis está crescendo a nível mundial. Portanto a implantação de políticas e programas que visem à prevenção destas doenças e acompanhamento da população portadora de qualquer tipo de agravo é imprescindível para melhorar a saúde de todos¹⁵.

No presente estudo as doenças mais referidas pelos longevos de ambos os grupos foram a hipertensão, seguida da artrose e das cardiopatias. A presença de morbidades na vida do longevo refletiu negativamente na qualidade de vida, tanto no componente mental como no componente físico, conforme demonstrado nos resultados.

Um estudo nacional epidemiológico realizado entre duas populações de longevos, revelou que as doenças crônicas mais encontradas foram Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS), visão prejudicada, déficit de audição, problemas na coluna, e incontinência urinária⁵⁶. Outros estudos realizados com idosos também tiveram como doença mais referida a HAS, corroborando resultados encontrados neste estudo^{46, 52,56}.

A saúde do idoso não deve ser avaliada apenas pela presença ou não de doenças, o conceito de saúde do idoso deve estar relacionado com sua capacidade funcional. A capacidade de cuidar de si mesmo, de determinar e executar atividades da vida cotidiana, com autonomia e independência, mesmo com presença de multimorbidades⁵⁷.

Capacidade funcional

Para avaliar a funcionalidade ou capacidade funcional foi utilizada a escala da Medida de Independência Funcional Motora (MIF motora), é importante salientar que a capacidade funcional é hoje um dos principais indicadores na avaliação de saúde do idoso para os profissionais da gerontologia.

No presente estudo evidenciou-se que a idade é fator importante na capacidade funcional, já que os longevos do grupo de octogenários apresentaram maior independência funcional, com diferença significativa nos domínios autocuidado, mobilidade, locomoção e na soma total dos domínios do MIF motora quando comparado aos integrantes do grupo dos nonagenários.

Estudos anteriores^{52,58,59,60,61} com idosos e longevos mostraram que idosos mais velhos apresentavam pior capacidade funcional, assim também como entre os próprios longevos, na medida em que a idade aumenta ocorre um declínio da capacidade funcional, resultados estes que corroboram os achados do presente estudo.

Observou-se na presente pesquisa que quanto maior o número de morbidades pior foi a capacidade funcional do longevo. Sabe-se que as morbidades ou doenças crônicas quando instaladas no indivíduo, somadas ao envelhecimento, podem comprometer sua saúde e interferir significativamente na sua funcionalidade, ou seja na sua capacidade funcional¹⁵.

Estudos nacionais realizados com idosos mostraram que a presença de condições crônicas de saúde apresenta associação estatisticamente significativa com o comprometimento da capacidade funcional^{60, 62}.

Reforça-se a importância do idoso manter sua funcionalidade, mesmo sendo portador de multimorbidades, a relação de doença crônica quando mal controlada e a incapacidade funcional merece destaque, pois estudos^{57, 63,64} assinalam que na medida em que aumentam suas complicações, o idoso passa a apresentar maior dependência, interferência em sua relação com a família e aumento do isolamento social.

Ao relacionar a capacidade funcional com variáveis sociodemográficas obteve-se diferença significativa em relação ao estado conjugal e a presença de cuidador. Os longevos casados apresentaram uma melhor capacidade funcional do

que os viúvos e solteiros. Em estudo transversal realizado por Nogueira com longevos de ambos os sexos, constatou-se que ausência do cônjuge está associada significativamente com pior capacidade funcional⁶³. Em outro estudo encontrado, a viuvez ou a solidão foram consideradas fatores que podem contribuir para uma pior capacidade funcional, na medida em que esta situação pode gerar isolamento do idoso e conseqüentemente diminuir a vontade de cuidar da própria saúde devido a ausência de estímulo do companheiro⁵².

Os longevos que não necessitavam de cuidador apresentaram uma melhor capacidade funcional quando comparados com longevos que tinham cuidador familiar ou profissional. Acredita-se que estes longevos estejam em boas condições de saúde, com sua funcionalidade preservada, e conseqüentemente tenham maior independência e autonomia, e por isso não necessitam de cuidadores.

Qualidade de Vida relacionada à Saúde (QVRS)

Componente físico e Componente mental

A qualidade de vida tem um conceito subjetivo e muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente¹².

Existe vários fatores que podem interferir no seu bem estar, sendo a saúde apenas um dos fatores. O objetivo da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde é estimar a saúde de uma determinada população, neste caso avaliando através de dois componentes: saúde mental e saúde física.

A Qualidade de vida relacionada à saúde foi medida pelo SF 12, no qual os dois grupos avaliados na presente pesquisa apresentaram valores acima do considerado como boa qualidade de vida³³, tanto no componente físico como no mental. Foram observadas algumas diferenças significativas entre os grupos: o grupo de octogenários apresentou melhor qualidade de vida relacionada à saúde nos dois componentes, sugerindo que quanto maior a idade pior é a qualidade de vida relacionada à saúde.

Estudos mostraram que a idade avançada também esteve associada a piores níveis de qualidade de vida relacionada à saúde, o que reforça a ideia de que o fato do grupo de nonagenários ter apresentado pior qualidade de vida poderia ser consequência da idade mais avançada^{65, 66,67}. Um estudo internacional com idosos demonstrou que, na idade avançada, a qualidade de vida é pior nas mulheres viúvas, o que corrobora os achados do presente estudo, na medida em que as mulheres tiveram uma pior qualidade de vida, sendo todas elas viúvas⁶⁸.

Já os homens apresentaram melhor QVRS nos componentes físico e mental quando comparado às mulheres. Outros estudos^{65, 69,70} também encontraram resultados semelhantes aos do presente estudo, no qual o sexo masculino estava relacionado a melhores níveis de qualidade de vida.

A maior frequência de homens casados na amostra da presente pesquisa, pode ser preditiva para melhores escores de qualidade de vida, ao considerar que haveria maior afetividade, companheirismo, corresponsabilização do cuidado de modo que explicasse melhor satisfação com a vida^{71,48}. Como os homens apresentam maior mortalidade levantamos a hipótese de que estes necessitam maiores níveis de qualidade de vida para alcançar a longevidade do que as mulheres.

No que diz respeito ao componente físico da QVRS, obteve-se uma diferença significativa entre a presença ou ausência de cuidador. Os longevos sem cuidadores apresentaram uma melhor QVRS no componente físico. O fato do longo não ter cuidador sugere que ele esteja em boas condições físicas e esta condição positiva poderia refletir na sua qualidade de vida.

A associação da QVRS com a capacidade funcional foi positiva, evidenciando que quanto maior a capacidade funcional melhor é a QVRS- componente físico. Estudos^{72, 73,74} corroboram os resultados encontrados na presente pesquisa demonstrando que a capacidade funcional afetou significativamente a qualidade de vida na velhice e sugerem que a capacidade funcional deva ser aumentada, preservada para melhorar a qualidade de vida e com isso ser capaz de manter a independência na velhice⁷⁵.

Já os longevos com maior número de morbidades apresentaram um escore pior para QVRS - componente físico, sugerindo que alterações oriundas das morbidades interferem na qualidade de vida ao afetar negativamente a

funcionalidade, comprometendo as atividades diárias, a capacidade de decisão, a autoestima e o humor do indivíduo^{76,77,78}. A presença de morbidades também influenciou negativamente a QVRS componente mental. As doenças que surgem com o avanço da idade, podem levar ao envelhecimento precoce e a diminuição drástica da qualidade de vida⁷⁹. Estudos estabelecem correlação entre baixos níveis de qualidade de vida, doenças crônicas e fatores de risco^{80, 81}.

Ao relacionar a QVRS com o tempo de estudo formal, os resultados mostraram que quanto maior o tempo de estudo (em anos) pior é a qualidade de vida, sendo significativo no que se refere à saúde mental. Pesquisas^{65, 47} divergem dos achados do presente estudo, pois associam maiores níveis de escolaridade a melhores níveis de qualidade de vida. Entretanto esses estudos envolvem idosos jovens e instrumentos diferentes do nosso estudo. No estudo de Moliterno a maioria da amostra foi composta por idosos na faixa etária entre 60 - 69 anos e o instrumento para medir qualidade de vida utilizado foi o WHOQOL, em relação ao estudo de Sprangers, foi utilizado o instrumento SF 36 e comparou participantes jovens, de meia idade e idosos, não especificando o número de longevos.^{65,47}

Pode-se pensar que o longevo apresente comportamento diferente dos idosos mais jovens, teoriza-se que, quanto mais baixa a escolaridade menor seria a noção de perdas e limitações que o longevo teria, não permitindo que os aspectos do envelhecimento interferissem na sua qualidade de vida, principalmente no componente mental. Talvez o fato dos longevos com menos escolaridade considerar a sua longevidade um dom e com isso avaliarem o seu estado de saúde bom, em relação à idade. Os idosos com maior escolaridade podem ter uma maior autocrítica a respeito do seu estado de saúde.

Frequência de decisão do longevo

O questionário de interação entre o longevo e sua vida, foi desenvolvido pelos autores do presente estudo com objetivo de captar a frequência com que o longevo decide sobre suas atividades, comparando hoje a 10 anos pregressos.

Observou-se que os integrantes dos dois grupos apresentaram maior perda nas frequências de decisão relacionadas a atividades desenvolvidas no lar, como preparo e escolha da comida, rotinas em relação a ouvir rádio, assistir tv, fazer

leitura, atender ou fazer ligação telefônica. De acordo com Baltes e Silverberg a perda de domínio sobre o próprio ambiente pode ter consequências negativas sobre a saúde física e psicológica do indivíduo, deste modo, os ambientes devem ser estruturados para serem estimuladores e exigentes quanto às forças e competências do idoso, no presente caso o longo vivo, para garantir as necessidades básicas e universais como segurança e autonomia²¹.

O segundo domínio com maior perda de decisão foi o social que se refere as atividades relacionadas a vida do social do longo vivo, como visita a amigos e familiares, passeios, compras de alimentos e pessoais, participação em grupos. Estudo⁶³ aponta que o isolamento social pode comprometer a capacidade funcional e conseqüentemente interferir na qualidade de vida e capacidade de decisão. Portanto é importante estimular o longo vivo para decidir sobre as questões que se referem a sua vida.

Acredita-se ser importante pesquisar sobre a tomada de decisão dos longevos, pois este é um atributo que pode contribuir para que o mesmo tenha maior qualidade de vida, destacando que com muita frequência a limitação física é muitas vezes confundida com a impossibilidade para tomada de decisão. Goldim refere ser fundamental desvincular as perdas físicas das cognitivas e necessário valorizar os ganhos positivos da idade, como a sabedoria e experiência⁸².

A capacidade de tomar decisão, ou seja, a autonomia que pode ser definida como a habilidade de fazer escolhas livres que um ser humano exerce em sua vida, é considerada muito importante para a qualidade de vida de uma pessoa de idade avançada, de acordo com estudo realizado nos Estados Unidos⁸³.

Capacidade de tomar decisão

No presente estudo foi aplicado o Instrumento de Desenvolvimento Psicológico Moral (IDPM) que tem sido utilizado para avaliar a capacidade de tomar decisão ao observar em que fase do desenvolvimento psicológico moral o indivíduo se encontra, neste caso, dos longevos. O grupo de nonagenários se classificou como "conformista", ou seja, as crenças do indivíduo se sobrepõem aos seus próprios desejos e justificam as contingências impostas pelo meio e o grupo dos

octogenários apresentou uma média melhor se classificando na fase "consciosos", a qual demonstra que o indivíduo é capaz de tomar decisões de forma mais autônoma, mas ainda é passível de constrangimento. Da amostra total de longevos, cinco não conseguiram responder, o que se entendeu como total falta de capacidade de tomar decisão.

Pesquisas realizadas com idosos que utilizaram o IDPM apresentaram resultados semelhantes, nas quais a maioria da amostra também se concentrou nas fases conscienciosas e conformistas, corroborando os resultados da presente na pesquisa^{84, 85,70}.

A importância de pesquisar sobre a capacidade de tomada de decisão também foi evidenciada em outro estudo⁸⁶, demonstrando o valor deste atributo na busca dos fatores que contribuem para uma vida com qualidade. O estudo realizado por Celich observou que a autonomia é um dos determinantes para uma boa qualidade de vida e um dos pressupostos básicos para a tomada de decisão⁸⁶.

Quando relacionado o IDPM com as variáveis sociodemográficas dos longevos, ficou evidenciado diferença significativa na fase psicológica moral do longo em relação ao estado conjugal, ou seja, longevos casados apresentaram resultado melhor do que solteiro e os viúvos.

Os longevos que referiram não ter cuidador também se classificaram numa fase melhor do que os longevos que tem cuidador profissional. Acredita-se que os longevos que referiram não ter cuidador estejam com melhores condições para decidir sobre sua vida. Matsui afirma que a independência pode promover maior encorajamento e estimular a tomada de decisão⁸³.

No presente estudo observou-se que quanto maior a fase do desenvolvimento psicológico moral do longo, melhor é a relação da idade com a capacidade funcional.

Percebeu-se também que quanto maior a fase psicológica moral que o longo se encontra menor foi a influência da idade sobre a QVRS - componente físico, ou seja, apresentou uma melhor qualidade de vida em relação à saúde física. Por outro lado, observou-se que quanto maior a fase psicológica moral que o longo se encontra maior foi a influência da idade sobre a QVRS - componente mental. Pode-se pensar que o fato do longo estar na fase mais elevada do desenvolvimento psicológico moral o torna mais consciente da sua condição mental,

por isso apresentaria uma piora na qualidade de vida associada à idade neste componente. Aparentemente o longo tempo com maior fase do desenvolvimento psicológico moral compensam a condição física imposta pela idade de uma forma mais eficiente.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se durante a revisão de literatura um acentuado déficit de estudos que abordam o tema em questão, principalmente em idosos de 80 anos ou mais, ou seja, os longevos. Esta constatação dificultou a discussão dos resultados em alguns aspectos levantados no estudo, portanto, deve-se considerar uma limitação na comparação de estudos com resultados semelhantes, tendo em vista os diferentes protocolos, além de diferenças socioculturais entre os grupos pesquisados. Deste modo, há um vasto campo de pesquisa para ser explorado pelos profissionais de saúde, que é o estudo das questões que envolvem longevos. Na comparação que pode ser realizada entre octogenários e nonagenários observamos diferenças significativas na capacidade funcional e qualidade de vida relacionada à saúde, entretanto a capacidade de tomar decisão não apresentou diferença significativa.

O estudo aponta que a diminuição da capacidade funcional está relacionada à interação de fatores multidimensionais, os quais incluem questões relacionadas à idade, estado conjugal, presença de cuidador e multimorbidades entre outros. A piora da QVRS esteve associada à idade avançada, presença de morbidades, diminuição da capacidade funcional, sexo feminino.

Com isso, o foco de atenção ao longo deve ser integral e as ações a saúde precisam ser efetivadas, aliando o incentivo à pesquisa às ações planejadas e direcionadas para com vistas à melhoria das condições de saúde e qualidade de vida deste segmento populacional.

É importante salientar que alguns fatores relacionados à piora da saúde do longo como um todo, não podem ser modificáveis, como por exemplo, a idade, o sexo, mas outros fatores são passíveis de intervenção, como o manejo adequado de morbidades e a preservação da capacidade funcional, através de políticas públicas voltadas para a promoção de saúde e prevenção de agravos.

Deste modo, a atenção a saúde da pessoa longa é ainda um desafio a ser superado pelos profissionais em todas as esferas de atendimento, pois esta população é repleta de peculiaridades, e apresenta necessidades diferenciadas dos demais idosos, que muitas vezes, passam despercebidas pelos profissionais de saúde.

Os resultados deste estudo mostraram que a capacidade de decisão do longo vivo diminuiu com avançar da idade, assim como a frequência de decisão de atividades desenvolvidas no lar e decisões relacionada as atividades sociais. A capacidade de tomar decisão é um atributo importante na vida do longo vivo, assim sendo, é imprescindível estudar acerca dos atributos que contribuem para que o longo vivo tenha maior qualidade de vida e com isso poder desmistificar alguns falsos mitos, como aqueles que colocam a saúde como único determinante para a qualidade de vida nesta faixa etária ou a ideia de que o longo vivo é vulnerável e, por consequência, incapaz de autogovernar-se. Observou-se ser importante a criação e aplicação do questionário de interação entre o longo vivo e sua vida, pois se acredita ter sido eficiente ao captar o quanto o longo vivo pode perder em relação à capacidade de decisão nas atividades de sua vida.

Portanto investigar sobre os fatores que possam contribuir para que o longo vivo tenha maior qualidade de vida é fundamental para a reestruturação dos serviços de saúde, planejar ações de saúde pública e prestar atendimento com dignidade, buscando por maior tempo possível à manutenção da independência funcional, preservação ou recuperação da autonomia e primar sempre por uma melhora da qualidade de vida destes idosos na etapa final de suas vidas.

Enfim os resultados deste estudo foi o reflexo do tipo de vida que estes longevos que nasceram no início do século XX levaram ao longo desses anos.

E os idosos e longevos de amanhã como serão? Diante deste caos urbano em que vivemos de stress, sedentarismo, alimentação inadequada, correrias, ou seja, vida moderna, como isso tudo vai impactar no envelhecimento e longevidade das próximas gerações?

Portanto, o que nós, como profissionais da saúde, como pesquisadores, como gestores, como alunos e como professores, podemos começar fazer a partir de hoje para que os idosos e longevos de amanhã tenham mais qualidade nas suas vidas, sua capacidade funcional preservada, sua autonomia respeitada e consequentemente um envelhecimento digno?

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=cd&o=3&i=P&c=3107>> Acesso em: 05 jun. 2013
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060 Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm> Acesso em: 14 jan. 2014
3. Papaléo N M. Estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas VE, Py L, Cançado AX F et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.p. 2-12.
4. Karinkanta S et al. Factors predicting dynamic balance and quality of life in home-dwelling elderly women. *Gerontology*. 2005; 51(2): 116-121.
5. Chaimowicz F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: Freitas VE, Py L, Cançado AX F et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 2-12.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de Atenção Básica nº19. Brasília. 2006.
7. Rosset I, Pedrazzi EC, Roriz-Cruz M, Morais EP, Rodrigues RAP. Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter) nacional. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1): 264-71
8. Camarano AA, Pasinato MT. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano AA, organizador. Os novos idosos brasileiros: muitos além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
9. Kumon, MT et al. Centenários no mundo: uma visão panorâmica. *Rev Kairós*. 2009; 12(1): 213-232.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília; 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>> Acesso em: 3 mai. 2012.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm> Acesso em: 20 mai. 2013.

12. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the world Health Organization. *Soc Scie Med.* 1995; 10(41): 1403-1409.
13. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(3):364-371.
14. Gerin P, Dazord A, Boissel J, Chifflet R. Quality of life assessment in therapeutic trials: rationale for and presentation of a more appropriate instrument. *Fundam Clin Pharmacol* 1992;6:263-76.
15. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde.* Brasília; 2005
16. Goldim JR. Princípio do respeito à pessoa ou autonomia [online]. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm#Kesselring>> Acesso em: 05 abr. 2013.
17. Bós AJG. Relatório de pesquisa do Projeto Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <amirandola@ig.com.br> em 22 mai. 2012.
18. Matsudo S. *Avaliação do idoso: física e funcional.* Londrina: Midiograf; 2000.
19. Pavarini SCI. Dependência comportamental na velhice: Uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado. [Tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1996.
20. Neri AL. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: ____ (Org) *Qualidade de vida e idade madura.* Campinas, SP : Papirus; 1993
21. Baltes M, Silverberg S. A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In: Neri A, organizador. *Psicologia do Envelhecimento.* São Paulo: Papirus; 1995.
22. Baltes MM. The etiology and maintenance of dependency in the elderly: three phases of operant research. *Behavior Therapy.* 1988; 19: 301-319.
23. Polit FD, Hungler PB. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.* 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
24. Rouquayrol MZ, Almeida Filho, N. *Epidemiologia da saúde.* Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

25. Riberto M, Miyazaki MH, Filho DJ, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutividade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*. 2001; 8(1): 45-52
26. Riberto M, Miyasaki H M, Sakamoto H et al. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*. São Paulo. 2004;11(2): 72-76.
27. Camelier AA. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP [Tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2004.
28. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma RM. Brazilian-portuguese version of SF 36: a reliability and validity of quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatologia*. 1999;39:143-50.
29. Miravittles M, Ferrer M, Pont A, Zalacain R, Alvarez-Sala JL, Masa F, Vereá H, Murio C, Ros F, Vidal R; IMPAC Study Group. Effect of exacerbations on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a 2 year follow up study. *Thorax* 2004; 59(5):387-95.
30. Kahan A, Llieu PL, Salin L. Prospective randomized study comparing the medico economic benefits of Hylan GF-20 vs. conventional treatment in knee osteoarthritis. *Joint Bone Spine*. 2003; 70(4):276-81.
31. Jenkinson C, Layte R. Development and testing of the UK SF-12 (short form health survey). *J Health Serv Res Policy*. 1997;2(1):14-8.
32. Jenkinson C, Layte R, Jenkinson D, Lawrence K, Petersen S, Paice C, Stradling J. A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? *J Public Health Med*. 1997 ; 19(2):179-86.
33. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. How to score the SF-12 Physical & Mental Health Summary Scales, 3rd edn. Lincoln RI, QualityMetric Inc, 1998.
34. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975; 12(3):189-198.
35. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiq* 1994; 52(1):1-7
36. Loevinger J, Wessler R. Measuring ego development. In: Raymundo MM. Avaliação da diversidade no processo de obtenção da autorização por representação em situações assistenciais e de pesquisa em crianças e idosos [Tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

37. Souza ELP. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. Boletim da SPRGS 1968; 3(7): 5-16.
38. Goldim JR, Clotet J, Ribeiro JP. Adequacy of informed consent in research carried out in Brazil. Eubios Journal of Asian and International Bioethics. 2007;17:177–180.
39. Raymundo MM, Goldim JR. Moral-psychological development related to the capacity of adolescents and elderly patients to consent. Journal of Medical Ethics. 2008;34:602–605.
40. Bós AJG. Epi Info® sem mistérios: um manual prático [recurso eletrônico] / Dados eletrônicos – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. 211 p. Sistema requerido: Adobe Acrobat Reader. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/epiinfo.pdf>> Acesso: 14 jun. 2012
41. Bird C, Shugarman L, Lynn J. Age and gender differences in health care utilization and spending for medcare beneficiaries in their last years of life. J Palliat Med. 2002 oct.;5(5):705-712
42. Rodrigues RAP, Rosset I, Roriz-Cruz M, Santos JLF, Haas VJ, Wehbe SCCF. Diferenciais Sócio-Econômicos e de Saúde Entre duas Comunidades de Idosos Longevos. Rev Saúde Pública. 2011;45(2):391-400
43. Marucci NFM, Mastroeni MF, Erzinger GS, Mastroeni SSB, Silva NN. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. Rev Bras Epidemiol. 2007;10(2):190-201
44. Vianna LAC, Paskulin LMG. Perfil sóciodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. Rev Saúde Pública. 2007;41(5):757-768
45. Silva LAA, Leite MT, Winck MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2012; 15(3): 481-492
46. Victor JF, Ximenes LB, Almeida PC, Vasconcelos FF. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. Acta Paul Enferm. 2009 ago.; 22(1): 49-54
47. Moliterno ACM, Faller JW, Borghi AC, Marcon SS, Carreira L. Viver em família e qualidade de vida de idosos da universidade aberta da terceira idade. Rev Enferm. 2012 abr/jun.; 20(2):179-184
48. Fernandes MGM, Nascimento NFS, Costa KNFM. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. Rev Rene. 2010 jan/mar.; 11(1): 19-27

49. Lima-Costa M F; Camarano AA. Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
50. Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano A A. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? 1ª. Ed. Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 25-73.
51. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. Cad Saude Publica. 2004 nov/dez.; 20(6): 1575-1585
52. Lourenço, TM. Capacidade funcional do idoso longevo em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba-PR. [Dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2011.
53. Tavares AR, Diniz BSO, Volpe FM. Nível Educacional e Idade no Desempenho no Mini exame do Estado Mental em Idosos Residentes na Comunidade. Rev Psiquiatr Clin. 2007 ago.; 34(1): 13-17
54. Novaes LKN, Reis LA, Torres GV, Araújo CC, Reis LA. Rastreamento Cognitivo de Idosos Institucionalizados no Município de Jequié-BA. Psicol Estud. 2009 abr./jun.; 14(2): 295-301
55. Costa MFL, Valle EA, Costa EC, Firmo JOA, Uchoa E. Estudo de Base Populacional dos Fatores Associados ao Desempenho no Mini Exame do Estado Mental Entre Idosos: Projeto Bambuí. Cad Saude Publica. 2009 abr.; 25(4):918-926
56. Cruz, IR. Avaliação geriátrica global dos idosos mais velhos residentes em Ribeirão Preto (SP) e Caxias do Sul (RS): indicadores para envelhecimento longevo. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009
57. Cardoso JH, Costa JSD. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idoso de um plano de saúde. Cien Saude Colet. 2010 set.; 15(6):2871-2878
58. Scattolin FAA, Colombo RCR, Diogo MJD. Preditores de independência funcional em idosos portadores de insuficiência cardíaca. Acta Fisiatrica. 2007 dez. ;14(4): 219-225
59. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, Burant CJ, Landefeld CS. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with Medical Illnesses: increased vulnerability with age. J Am Geriatr Soc. 2003 apr.; 51(4): 451-458

60. Maria CR, Nunes RCL, Ribeiro LEF, Rosado PL, Franceschini SC. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev Bras Fisioter.* 2009 set/out.; 13(5): 376-382
61. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saude Publica.* 2003 fev.; 37(1): 40-48
62. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública* 2010;44(3):268-478
63. Nogueira S, Ribeiro RCL, Rosado LPEL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira AQ. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Rev. Bras Fisioter.* 2010; 14 (4):322-9.
64. Soares MBO, Tavares DMS, Dias FA, Diniz MA, Machado ARM. Características sociodemográficas, econômicas e de saúde de idosas octogenárias. *Ci Cuidado e Saúde.* 2009; 8(3):452-59.
65. Sprangers MA, De Regt EB, Andries F, Van Agt HM, Bijl RV, De Boer JB. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol.* 2000 Sep.; 53(9): 895-907
66. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saude Publica.* 2004 mar/abr.; 20(2): 580-88
67. Garcia EL, Banegas JR, Perez RAG, Cabrera RH, Rodriguez AF. Social network and health related quality of life in older adults: a population based study in Spain. *Qual Life Res.* 2005 mar.; 14(2): 511-20
68. Arslantas D, Unsal A, Metintas S, Koc F, Arslantas A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskisehir, Turkey. *Arch Gerontol Geriatr.* 2008 mar/apr.; 48(2): 127-31
69. Gois CFL, Dantas RAS, Torрати FG. Qualidade de vida relacionada à saúde antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. *Rev Gaucha Enferm.* 2009 dez.; 30(4): 700-7
70. Ramos, LJ. Variação do estado nutricional, da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre, RS. [Dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008
71. Tavares DMS, Côrtes RM, Dias FA. Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. *Rev enferm.* 2010 jan/mar.; 18(1): 97-103

72. Luke SA, Longfors J, Fjeldstad AS, Fjeldstad C, Schank B, Nickel KJ, Montgomery PS, Gardner AW. Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2006 June.; 4:37–43
73. Garatachea N, Molinero O, Martinez GR, Jimenez JR, Gonzalez GJ, Marquez S. Feeling of well being in elderly people: relationship to physical activity and physical function. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009 Apr.; 48:306–312
74. Takata Y, Ansai T, Soh I, Awano S, Yoshitake Y, Kimura Y, Sonoki K, Kagiya S, Yoshida A, Nakamichi I, Hamasaki T, Torisu T, Toyoshima K, Takehara T. Quality of life and physical fitness in an 85-year-old population. *Gerontol Geriatr*. 2010 Mar.; 50:272–6
75. Sulander T. The association of functional capacity with health-related behavior among urban home-dwelling older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010 Jan/Feb.; 52(1):11-4
76. Martins JJ, Nascimento ERP, Erdmann AL, Candemil MC, Belaver GM. O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. *Rev enferm*. 2009 out/dez.; 17(4):556-62
77. Alexandre TS, Cordeiro RCI, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saude Publica*. 2009 Aug.; 43(4):613-21.
78. Meirelles BHS, Arruda C, Simon E, Vieira FMA, Cortezi MDV, Natividade MSL. Condições associadas à qualidade de vida dos idosos com doença crônica. *Cogitare Enferm*. 2010 Jul/Set.; 15(3): 433-40
79. Lueckenotte AG. *Avaliação em Gerontologia*. Rio de Janeiro: Reichmann; 2002.
80. Jiang Y, Hesser JE. Patterns of health-related quality of life and patterns associated with health risks among Rhode Island adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2008 Jul.; 11(6): 49
81. Wang H, Beyer M, Gensichen J, Gerlach FM. Health-related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: Cross sectional survey. *BMC Public Health*. 2008 Jul.; 21(8): 246
82. Goldim JR. Bioética e envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 1ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 85-99.
83. Matsui M, Capezuti E. Perceived autonomy and self-care resources among senior center users. *Geriatr Nurs*. 2008 Mar/Apr.; 29(2): 141-7

84. Raymundo, MM. Avaliação da diversidade no processo de obtenção da autorização por representação em situações assistenciais e de pesquisa em crianças e idosos. [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
85. Pavan, AP. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. [Dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.
86. Celich, KLS. Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos da terceira idade. [Dissertação] Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos convidando Sr (a) para participar da pesquisa **capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida de longevos** de autoria da mestrandia Andrea Ribeiro Mirandola do Curso de Mestrado em Gerontologia Biomédica da PUCRS. Esta pesquisa tem como objetivo estudar a relação entre capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida de idosos longevos.

A coleta de dados é baseada em entrevista e nos seguintes questionários: - Geral será composto por questões como idade, sexo, estado civil, escolaridade, número de filhos, profissão, renda, questões relacionadas à sua saúde. -SF 12 avalia a qualidade de vida. -Capacidade de tomar decisão. -MIF, mede a independência funcional, ou seja, a necessidade de ajuda nas atividades cotidianas. -Questionário de interação entre o longevo e sua vida. -MEEM avalia o desempenho cognitivo, como memória, atenção, linguagem. Os dados serão analisados e armazenados no IGG.

Sr (a) pode solicitar esclarecimentos acerca de qualquer questão referente ao estudo, tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa sem que lhe traga qualquer prejuízo. Garante-se o caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade. O acesso às informações será garantido em todas as etapas do trabalho, inclusive no resultado. Os dados obtidos serão utilizados apenas para os fins a que esta pesquisa se propõe.

Eu, _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito do estudo e esclareci minhas dúvidas. Quaisquer esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa poderão ser obtidos com o Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS (51)33203345, orientador Ângelo Bós (51)33368153 ou com a pesquisadora Andrea Ribeiro Mirandola (51)30268462. Declaro que recebi uma cópia do presente termo de consentimento.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20 ____.

Andrea Ribeiro Mirandola

Ângelo José Gonçalves Bós

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE B - Questionário Geral

Registro nº: _____

Data da coleta: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Sexo: () 1 – Masculino () 2 – Feminino Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____

Telefone: _____

Inf. Adicional (nome do acompanhante/cônjuge): _____

Telefone: _____

DADOS GERAIS**DG1 – Qual a sua escolaridade?**

- () 1 – Não alfabetizado () 2 – 1º Grau incompleto () 3 – 1º Grau completo
 () 4 – 2º Grau incompleto () 5 – 2º Grau completo () 6 – Ensino Superior incompleto
 () 7 – Ensino Superior completo () 8 – Pós-graduação

DG2 – Qual é o seu estado conjugal?

- () 1 – Solteiro(a) () 2 – Casado(a) () 3 – Divorciado(a) ou desquitado(a)
 () 4 – Viúvo(a) () 5 – Não sabe responder

DG3 – Qual é a cor de sua pele?

- () 1 – Branca () 2 – Parda () 3 – Amarela () 4 – Preta () 5 – Indígena () 6 – Não sabe responder

DG4 – Qual é a sua religião?

- () 1 – Católica () 2 – Espírita () 3 – Evangélica () 4 – Judaica () 5 – Nenhuma
 () 6 – Outra: _____

DG5 – Qual foi a sua profissão? _____**DG6 – Qual é a sua renda mensal?**

- () 1 – Até 250 reais; () 2 – De 251 a 500 reais; () 3 – De 501 a 1.500 reais;
 () 4 – De 1.501 a 2.500 reais; () 5 – De 2.501 a 4.500 reais; () 6 – De 4.501 a 9.500 reais;
 () 7 – Mais de 9.500 reais; () 9 – Não sabe/não respondeu

DG7 – Qual é a origem da sua renda?

- 1 – Aposentadoria 2 – Pensão 3 – Aluguel 4 – Doações
 5 – Salário 6 – Não sabe responder
 7 – Outra: _____

DG8 – Quantos filhos você tem?

- 1 – Nenhum 2 – Um filho 3 – Dois filhos 4 – Três filhos
 5 – Quatro filhos 6 – Cinco filhos ou mais

DG9 – Com quem você mora?

- 1 – Sozinho 2 – Cônjuge 3 – Filho(a) 4 – Amigo
 5 – Cuidador 6 – Outro: _____

DG10 – O Senhor(a) tem cuidador?

- 1 – Não 2 – Sim, profissional 3 – Sim, familiar

SAÚDE GERAL**SG1 – O Senhor(a) tem alguma doença?**

- 1 – Não
 2 – Sim, Quais: _____

SG2 – Toma algum medicamento?

- 1 – Não
 2 – Sim, Quais: _____

SG3 – O Senhor(a) fez ou faz uso de:

- 1 – Álcool 2 – Cigarro 3 – Outra droga: _____

SG4 – Como é o seu acesso a serviços de saúde?

- 1 – Privado 2 – SUS 3 – Outro: _____

APÊNDICE C - Questionário interação entre o longevo e sua vida

<p>A1. Hoje, com que frequência prepara sua comida?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>B1. Até 10 anos atrás, com que frequência preparava sua comida?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>
<p>A2. Hoje, com que frequência decide o que comer?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>B2. Até 10 anos atrás, com que frequência decidia o que comer?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>
<p>A3. Hoje, com que frequência decide o horário de tomar banho?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>B3. Até 10 anos atrás, com que frequência decidia o horário de tomar banho?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>
<p>A4. Hoje, com que frequência decide o horário de acordar e deitar?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>B4. Até 10 anos atrás, com que frequência decidia o horário de acordar e deitar?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>

<p>A5. Hoje, com que frequência decide a roupa que vai usar?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>B5. Até 10 anos atrás, com que frequência decidia a roupa que iria usar?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>
<p>A6. Hoje, com que frequência ouve o rádio, assiste TV ou lê o que deseja e quando quer?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>B6. Até 10 anos atrás, com que frequência ouvia rádio, assistia TV ou lia o que desejava e quando queria?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>
<p>A7. Hoje, com que frequência decide se quer atender ou fazer ligação telefônica?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>B7. Até 10 anos atrás, com que frequência decidia se queria atender ou fazer ligação telefônica?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>
<p>A8. Hoje, com que frequência decide e visita amigos, familiares e realiza passeios?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>B8. Até 10 anos atrás, com que frequência gostava ou decidia visitar amigos, familiares e realizava passeios?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>

<p>A9. Hoje, com que frequência escolhe e decide sobre a sua participação em atividade social como grupo de convivência, oficinas, igreja...?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>B9. Até 10 anos atrás, com que frequência decidia qual atividade social gostaria de participar como grupo de convivência, oficinas, igreja...?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>
<p>A10. Hoje, com que frequência decide sair de casa para realizar compras pessoais e de alimentos?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>B10. Até 10 anos atrás, com que frequência decidia sair de casa para realizar compras pessoais e de alimentos?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>
<p>A11. Hoje, o quanto a sua opinião prevalece na tomada de decisões importantes sobre a sua própria vida, como consultar ou fazer uma cirurgia?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>B11. Até 10 anos atrás, o quanto a sua opinião prevalecia na tomada de decisões importantes sobre a sua própria vida, como consultar ou fazer uma cirurgia?</p> <p>(0) Nunca (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Muito Frequentemente (4) Sempre</p>

APENDICE D - ARTIGO SUBMETIDO PRA PUBLICAÇÃO

Capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida de longevos.

Andrea Ribeiro Mirandola,

Ângelo José Gonçalves Bós

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional é um desafio deste século, impactando a sociedade e provocando necessidades de ajustes estruturais. A longevidade envolve inúmeras alterações na vida do idoso e quando associada à incapacidade funcional pode comprometer a funcionalidade, saúde, privando-o de uma vida autônoma e saudável e prejudicando a qualidade de vida. **Objetivo:** Estudar a relação entre capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida de longevos. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva analítica transversal, em longevos (80 anos ou mais) do RS. Os instrumentos utilizados foram questionário geral, questionário de interação entre o longo e sua vida, medidas de independência funcional, qualidade de vida e capacidade de tomar decisão. **Resultados:** A amostra foi composta por 47 longevos, divididos em octogenários (19) e nonagenários (28). A média da fase psicológico moral dos octogenários foi classificada como conscienciosa e nonagenários conformista. Os grupos apresentaram maior perda nas decisões relacionadas a atividades no lar. Os nonagenários apresentaram pior capacidade funcional e qualidade de vida quando comparado aos octogenários. Em longevos com maior a fase do desenvolvimento psicológico moral o efeito da idade sobre a capacidade funcional foi menos acentuado, embora não significativamente.

Conclusões: Investigar os fatores que possam contribuir para que o longo tempo de vida tenha maior qualidade de vida é fundamental para a reestruturação dos serviços, planejar ações de saúde pública e prestar atendimento com dignidade, buscando por maior tempo possível à manutenção da independência funcional e autonomia buscando melhora da qualidade de vida nos idosos.

PALAVRAS-CHAVES: idosos de 80 anos ou mais, autonomia pessoal, qualidade de vida, classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde.

ABSTRACT

FUNCTIONAL AND DECISION MAKING CAPACITY AND QUALITY OF LIFE IN OLDEST-OLD

Introduction: The aging population is a challenge of this century, impacting society and imposing needs of structural adjustments. The longevity involves numerous changes in the lives of the elderly and when associated with functional disability may impair functionality, health, precluding an autonomous and healthy life and impairing quality of life. **Objective:** To study the relationship between functional capacity, ability to make decisions and quality of life of the oldest old. **Methods:** This study was descriptive analytical cross-sectional quantitative research in the oldest-old (80 years or more) of RS. The instruments used were a general questionnaire, a survey of interaction between the oldest-old and his/her life, assessment of functional independence, quality of life, and ability to make decisions. **Results:** The sample consisted of 47 oldest-old, divided in octogenarians (19) and nonagenarians (28). The average of moral psychological phase of octogenarians was classified as conscientious and nonagenarians' average was conformist. Both groups showed greater loss in decisions related to activities at home. Nonagenarians had worse functional capacity and quality of life when compared to octogenarians. **Conclusions:** Investigating factors that may contribute to the oldest-old has higher quality of life is essential for the restructuring of services, public health action plan and providing care with dignity, reaching to maintain functional independence as long as possible, preservation or recovery autonomy and always give priority to a better quality of life of seniors in the final stage of their lives.

KEYWORDS: Aged, 80 years and overs, personal autonomy, quality of life, International classification of functioning, disability, and health.

Introdução: O envelhecimento populacional é um dos desafios mundiais do século XXI assim como no Brasil, pois nos últimos anos o país vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos, impactando a sociedade e conseqüentemente provocado necessidades de ajustes nas estruturas físicas e sociais de acordo com as demandas da população (IBGE, 2013)

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2014) estima que em 2014 existam 23 milhões de idosos no País. Já no ano de 2060 é esperado um número aproximado de 73,6 milhões de idosos, representando um aumento de aproximadamente 220% de idosos. Em relação aos longevos (80 anos ou mais) o número também vem aumentando de forma muito acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, estima-se chegar a 3,2 milhões de longevos neste ano de 2014 e aproximar-se a 19 milhões no ano 2060, apontando um crescimento de 500% deste segmento populacional.

A longevidade esta associada ao processo do envelhecimento e sua consequência, a velhice, e continua sendo umas das preocupações da humanidade, principalmente quando associada à incapacidade funcional (BRASIL, 2006), pois envolve inúmeras alterações na vida do idoso, podendo comprometer a funcionalidade, mobilidade, saúde, privando-o de uma vida autônoma e saudável e conseqüentemente prejudicando a qualidade de vida (KARIKANTA,2005)

Desta forma, o maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, mesmo como aparecimento de progressivas limitações, elas

possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com autonomia e qualidade. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas (BRASIL, 2006).

Embora o Brasil seja um dos países com maior crescimento da faixa etária muito idosa é escasso número de pesquisas no país voltadas para esse segmento populacional (ROSSET et al.,2011). Portanto, diante da relevância do tema, do aumento rápido e progressivo das pessoas longevas e a escassez de artigos nessa área, faz-se necessário conhecer as características desses longevos para planejar ações de saúde pública voltadas a este segmento populacional. Este estudo tem como objetivo, então, estudar a relação entre capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida de longevos e consequentemente contribuir para o desenvolvimento das pesquisas relacionadas aos idosos, especialmente os longevos. O objetivo do trabalho foi estudar a relação entre capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida de longevos.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva analítica e transversal que envolveu longevos (80 anos ou mais) assistidos pelo Ambulatório MultiProfissional de Atenção aos Longevos (AMPAL) do Serviço de Geriatria do Hospital São Lucas (SGHSL) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e da Associação dos Ferroviários Sul Riograndenses (AFSR).

Os longevos foram convidados a participar do estudo e receberam, individualmente, as informações referentes aos procedimentos aos quais serão submetidos e entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada através de entrevista e aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário geral, Questionário de interação entre o longevo e sua vida, Medida de

Independência Funcional (MIF), questionário Short Form-12(SF12), e Questionário sobre a capacidade de tomar decisão (IDPM).

Longevos que não tiveram condições cognitivas de responder sozinhos as questões do SF12 e as questões do IDPM foram excluídos na análise destes parâmetros.

O questionário de interação entre o longo e sua vida foi criado com o objetivo de medir a frequência com que o longo decide quanto à realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária, incluindo questões relacionadas à saúde, atividades sociais e lazer.

O instrumento MIF foi traduzido e adaptado no Brasil por Riberto et al.(2004) e avalia a independência funcional para a realização de tarefas motoras e cognitivas. No presente trabalho foram avaliadas as 13 tarefas motoras divididas em 4 domínios: autocuidado, controle esfinteriano, transferência e locomoção. Cada tarefa é pontuada de 1 (dependência total) a 7 (independência), o somatório das tarefas em cada domínio foi padronizado para 100% de independência.

O Questionário SF12 é um instrumento utilizado para avaliar a Qualidade de Vida Relacionado à Saúde (QVRS) validado no Brasil por Camelier (2004). O escore do questionário varia de 0 a 100, onde o maior escore indica melhor qualidade de vida, os valores iguais a 50 estão semelhantes à população normal de referência e valores abaixo de 50 representam uma piora da qualidade de vida em relação à média populacional descrita(WARE ET AL., 1998).

O questionário IDPM foi validado por Raymundo & Goldim (2008) e está relacionado com capacidade de tomar decisões ao classificar os participantes em uma das sete fases do desenvolvimento psicológico-moral: pré-social, impulsiva, oportunista, conformista, conscienciosa, autônoma e integrada.

O banco de dados foi organizado no programa TeleForm e para as análises estatísticas será utilizado *software* Epiinfo (versão 7.0).

A QVRS, MIF e IDPM foram consideradas variáveis dependentes e tratadas tanto quantitativamente quanto qualitativamente. A QVRS foi dividida em componente físico e mental, sendo ambas variáveis quantitativas. A MIF foi analisada por domínio e motora total. O IDPM foi classificado conforme a fase de desenvolvimento psicológico moral. As variáveis independentes potenciais fatores de confusão do estudo foram: idade, sexo, cor, escolaridade, estado civil, renda do idoso, presença de cuidador, número de filhos e multimorbidades. Houve a divisão dos longevos conforme a faixa etária em octogenários e nonagenários.

No tratamento dos dados socioeconômicos e demográficos, para as variáveis quantitativas (idade, renda e tempo de estudo) foram realizadas análises descritivas com média e desvio-padrão inicialmente para cada nível da faixa etária e também para as médias do IDPM, MIF e QVRS. Para as variáveis qualitativas (classificação do IDPM, estado conjugal) foram analisadas por frequências e percentuais.

As médias das variáveis dependentes foram comparadas entre os níveis da cor, estado conjugal pela análise de variância (ANOVA). A correlação das variáveis dependentes e idade, anos de estudo, renda familiar, número de filhos vivo e multimorbidades foram testadas pela regressão linear. A correlação entre idade e capacidade funcional e os componentes da QVRS para cada fase do desenvolvimento psicológico moral foram observadas através da construção de gráficos de dispersão.

Níveis de significância menores do que 5% ($p < 0,05$) serão considerados significativos. Níveis de significância entre 5 e 10% serão considerados indicativos de significância, conforme os critérios de Bós, (2012).

O Projeto foi liberado pelo CEP/PUCRS com parecer de número 107.901 em 14/09/2012.

Resultados: A amostra foi composta de 47 longevos divididos, por faixa etária, em dois grupos: grupo de nonagenários e grupo de octogenários.

Tabela 1. Distribuição percentual do sexo, estado conjugal e cor, segundo faixa etária.

VARIÁVEIS	GRUPOS			p
	Nonagenários	Octogenários	Total	
Sexo (N)				0,8249
Feminino	71,4% (20)	68,4% (13)	33	
Masculino	28,6% (08)	31,6% (06)	14	
Estado conjugal (N)				0,1551
Casado	10,7% (03)	31,6% (06)	9	
Viúvo	85,7% (24)	68,4% (13)	37	
Solteiro	3,6% (01)	—	01	
Cor (N)				0,0318
Branca	85,7% (24)	57,9% (11)	35	
Parda	7,1% (02)	31,6% (06)	08	
Preta	7,1% (02)	10,5% (02)	04	
Idade (anos)*	93,6 ± 2,8	85,3 ± 2,6		<0,0001
Renda Familiar (mil reais)*	2,3± 1,75	2,1± 1,44		0,6172
Tempo de Estudo (anos)	3,4 ± 1,9	3,7 ± 2,2		0,5804

* Média ± Desvio Padrão. Fonte: Mirandola(2014)

A tabela 1 apresenta a distribuição percentual do sexo, estado conjugal e cor, segundo faixa etária. O grupo dos nonagenários foi composto por 28 longevos sendo 20 mulheres (71,4%) e 8 homens(28,6%), enquanto o grupo dos octogenários apresentou 19 longevos, 13 mulheres (68,4%) e 6 homens (31,6%). relação ao estado conjugal 24 são viúvos(85,7%), 3 são casados (10,7%) e 1 é solteiro (3,6%); em relação a cor 24 longevos são brancos (85,7%), 2 são pardos(7,1%) e 2 são pretos(7,1%). O grupo dos octogenários foi composto por 19 longevos sendo que 13 eram mulheres(68,4%) e 6 homens(31,6%), destes 13 eram viúvos(68,4%) e 6 casados(31,6%); em relação a cor 11 longevos referiram ser de cor branca (57,9%), 6 parda (31,6%) e 2 preta(10,5%). Em relação ao sexo, todas as mulheres eram viúvas e a maioria dos homens(64,3%) eram casados.

O grupo de nonagenários apresentou uma idade média de 93,6 anos ($\pm 2,8$), média da renda familiar de R\$ 2375,92 ($\pm 1754,99$) e tempo de estudo de 3,4 anos ($\pm 1,9$). Conforme tabela 1.

Tabela 2. Médias do Instrumento de Desenvolvimento Psicológico-Moral (IDPM), componentes físico e mental da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e Capacidade Funcional (MIF) segundo faixa etária.

VARIÁVEIS(N)	GRUPOS		P
	Nonagenários (Média \pm DP)	Octogenários (Média \pm DP)	
IDPM (42)*	3,9 \pm 1,7	4,3 \pm 1,2	0,4139
QVRS (45)*			
Físico	50,7 \pm 25,8	78,9 \pm 20,4	0,0004
Mental	59,4 \pm 23,3	74,4 \pm 14,1	0,0187
MIF (47)			
Autocuidado	38,5 \pm 5,54	41,8 \pm 0,6	0,0125
Controle Esfíncteres	13,2 \pm 1,15	13,3 \pm 0,7	0,9206
Mobilidade	17,8 \pm 4,4	20,8 \pm 0,6	0,0061
Locomoção	11 \pm 3,5	13,4 \pm 1,2	0,0065
Motora total	80,6 \pm 13,1	89,4 \pm 2,7	0,0066

*Cinco participantes não responderam o IDPM e dois não responderam o QVRS

Fonte: Mirandola(2014)

A tabela 2 apresenta as médias do IDPM, componentes físico e mental da QVRS e Capacidade Funcional, medido através do MIF segundo faixa etária.

De acordo com média do IDPM, segundo faixa etária. O grupo de nonagenários apresentou uma média de 3,9 \pm 1,7, onde classifica a média dos longevos deste grupo como Conformista, ou seja, as crenças do indivíduo se sobrepõem aos seus próprios desejos e justificam as contingências impostas pelo meio. Deste grupo quatro longevos não conseguiram responder.

O grupo de octogenários apresentou uma média ficou em $4,3 \pm 1,2$, mostrando que a média classifica-os na fase Consciosidade, demonstrando que o indivíduo é capaz de tomar decisões de forma mais autônoma, cotejando os desejos e as crenças, mas, ainda é passível de constrangimento. Deste grupo um longo não conseguiu responder o instrumento. A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) foi medida pelo SF 12, os dois grupos apresentaram valores acima da média, tanto no componente físico como no mental.

A média do Grupo dos nonagenários alcançou os valores de $50,7 \pm 25,8$ na saúde física e $59,4 \pm 23,3$ na saúde mental, sendo que deste grupo dois longos não conseguiram responder o instrumento.

O grupo de octogenários apresentou uma média de $78,9 \pm 20,4$ na saúde física e $74,4 \pm 14,1$ na saúde mental. Tivemos uma diferença significativa entre os grupos, o grupo de octogenários apresentou uma melhor qualidade de vida relacionada a saúde em relação aos dois componentes, físico e mental.

A MIF motora é mensurada através de quatro domínios. O grupo de nonagenários pontuou uma média de $38,5 \pm 5,54$ no domínio autocuidado, que considera as atividades diárias básicas como alimentação, higiene pessoal, banho, vestir a roupa, no domínio controle esfíncteres, ou seja, manter controle sobre urina e evacuação a média ficou em $13,2 \pm 1,15$, no domínio mobilidade que contempla transferências a média foi de $17,8 \pm 4,4$, e no domínio locomoção relacionada com caminhar e subir escadas a média foi de $11 \pm 3,5$, apresentando um MIF motora total de $80,6 \pm 13,1$. O grupo de octogenários apresentou uma média de $41,8 \pm 0,6$ no autocuidado, $13,3 \pm 0,7$ no controle de esfíncteres, $20,8 \pm 0,6$ na mobilidade e $13,4 \pm 1,2$ na locomoção, apresentando um MIF motora total de $89,4 \pm 2,7$, conforme tabela 9.

Os grupos foram classificados de acordo com suas médias, os quais forem ambos considerados independentes (sem ajuda), sendo que o grupo de nonagenários se enquadrou na Independência Modificada, o que significa que a atividade requer uma ajuda técnica, adaptação, prótese ou órtese, um tempo de realização demasiado elevado, ou não pode ser realizado em condições de segurança suficientes, enquanto que os octogenários se aproximam da Independência Completa, onde todas as tarefas descritas que constituem a atividade em questão são realizadas em segurança, sem modificação, sem ajuda técnica e em tempo razoável.

O grupo de octogenários apresentou maior independência funcional, com diferença significativa nos domínios autocuidado, mobilidade, locomoção e na soma total dos domínios do MIF motora em relação ao grupo de nonagenários. Conforme tabela 2.

Tabela 3. Distribuição percentual da diminuição da frequência que o longo vivo decide sobre suas atividades comparadas há 10 anos pregressos, segundo faixa etária.

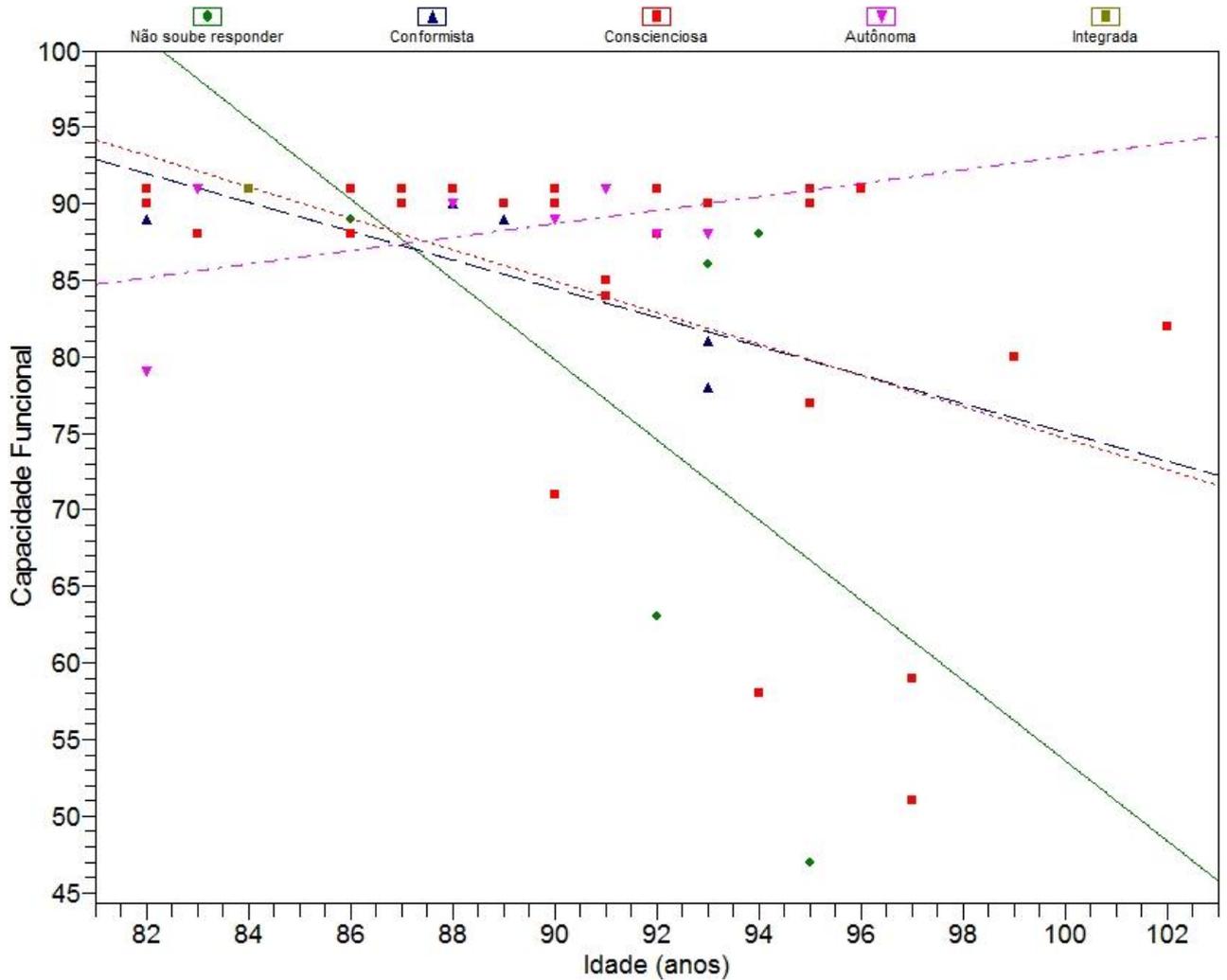
VARIÁVEIS	GRUPOS		
	Nonagenários(N=28)	Octogenários(N=19)	Total
Decisão Autocuidado	32,1% (09)	10,5% (02)	23,4% (11)
Decisão no Lar	60,7% (17)	31,6% (06)	48,9% (23)
Decisão Saúde	39,3% (11)	10,5% (02)	27,7% (13)
Decisão Social	64,3% (18)	15,8% (03)	44,7% (21)

Fonte: Mirandola(2014)

A tabela 3 apresenta a distribuição percentual da diminuição da frequência que o longo decide sobre suas atividades comparado há 10 anos pgressos, segundo faixa etária.

No que diz respeito a frequência de decisão comparando hoje a 10 anos pgressos o grupo de nonagenários apresentaram os seguintes resultados: 9 longevos (32,1%) diminuíram a frequência de decisão em relação ao domínio autocuidado, 17 longevos (60,7%) diminuíram a frequência de decisão em relação a atividades desenvolvidas no lar, 11 longevos (39,3%) diminuíram a frequência de decisão em relação a questões sobre sua saúde e 18 longevos (64,3%) diminuíram a frequência de decisão em relação atividades sociais. No grupo de nonagenários 2 longevos (10,5%) diminuíram a frequência de decisão em relação ao domínio autocuidado, 6 longevos (31,6%) diminuíram a frequência de decisão em relação a atividades desenvolvidas no lar, 2 longevos (10,5%) diminuíram a frequência de decisão em relação a questões sobre sua saúde e 3 longevos (15,8%) diminuíram a frequência de decisão em relação atividades sociais. Os dois grupos apresentaram maior perda nas frequências de decisão relacionadas a atividades desenvolvidas no lar, seguida das decisões sociais. Os resultados estão evidenciados na tabela 3 .

Gráfico 1. Relação da Capacidade Funcional, fase psicológica-moral e idade.



Fonte: Mirandola(2014)

O gráfico 1 relaciona capacidade funcional, fase psicológica moral e idade e mostra que o grupo que não soube responder o IDPM apresentou uma linha acentuadamente descendente que as demais fases, demonstrando que a idade exerce uma influência negativa sobre a capacidade funcional de uma forma mais importante neste grupo. O grupo da fase autônoma apresentou uma linha ascendente. Os grupos das fases conscienciosa e conformista apresentaram linhas muito semelhantes. A interpretação do gráfico sugere que

quanto maior a fase do desenvolvimento psicológico moral melhor é a relação da idade com a Capacidade Funcional, avaliado através da MIF .

DISCUSSÃO: O presente estudo teve o objetivo de estudar a relação entre capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida de longevos, a amostra foi composta por longevos de 80 anos ou mais de idade.

A capacidade funcional surge como um novo paradigma na atenção à saúde da pessoa idosa, assim como a autonomia e qualidade de vida que também são metas fundamentais a serem alcançadas quando se fala em saúde de idosos e longevos, na medida em que esses domínios são os melhores indicadores de saúde na velhice.

A amostra estudada constitui-se na maior parte por longevos do sexo feminino (70%). Isto reflete a realidade brasileira e está de acordo com o que vem foi descrito por Bird et al., (2002), por ser uma das características do processo de envelhecimento populacional.

Um estudo que corrobora esse achado analisou as características de saúde e socioeconômicas de idosos longevos em duas cidades distintas, em Ribeirão Preto-SP e Caxias do Sul-RS, demonstrando que em ambas as cidades, o sexo feminino predomina entre os idosos longevos (RODRIGUES, 2011). Nos estudos de Silva et al.,(2012) e Victor et al.,(2009) evidenciou-se o maior número de mulheres entre a população idosa confirmando a feminilização do envelhecimento. A feminilização do envelhecimento tem sido relacionado à maior longevidade observada nas mulheres(FERNANDES, 2010),mas também está relacionada à maior participação das mulheres em atividades sociais(SILVA et al.,2012) e busca pelos serviços de saúde. No que diz respeito ao estado conjugal, todas as mulheres deste estudo

eram viúvas, podendo-se inferir dizer que o aumento do número de idosas viúvas dentro desta faixa etária está ligado à maior longevidade das mulheres. Estas tendem a permanecer sozinhas, enquanto, os homens procuram por um novo casamento(LIMA-COSTA et al., 2008).

Os anos de estudo dos longevos participantes desta pesquisa ficaram entre três e quatro anos tanto em octogenários quanto em nonagenários, demonstrando uma baixa escolaridade, dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Feliciano et al.,(2004) e Lourenço,(2011) evidenciando que os idosos, principalmente os longevos, apresentam poucos anos de estudo. Pode-se dizer que a baixa escolaridade é um reflexo da organização social do início do século passado, que dificultava o acesso ao ensino formal(FELICIANO et al.,2004).

No presente estudo evidenciou-se que a idade é fator importante na capacidade funcional, já que os longevos dos grupo de octogenários apresentaram maior independência funcional, com diferença significativa nos domínios autocuidado, mobilidade, locomoção e na soma total dos domínios do MIF motora quando comparado aos integrantes do grupo dos nonagenários. Estudos de Scattolin et al.,(2007) e Maria et al.,(2009) com idosos e longevos mostraram que idosos mais velhos apresentavam pior capacidade funcional, assim também como entre os próprios longevos, na medida em que a idade aumenta ocorre um declínio da capacidade funcional, resultados estes que corroboram os achados do presente estudo.

A qualidade de vida tem um conceito subjetivo e muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente (WHO, 1995).

Existem vários fatores que podem interferir no seu bem estar, sendo a saúde apenas um dos fatores. O objetivo da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde é estimar a saúde de uma determinada população, neste caso avaliando através de dois componentes: saúde mental e saúde física.

A Qualidade de vida relacionada à saúde foi medida pelo SF 12, no qual os dois grupos avaliados na presente pesquisa apresentaram valores acima do considerado como boa qualidade de vida, tanto no componente físico como no mental. Observaram-se algumas diferenças significativas entre os grupos: o grupo de octogenários apresentou melhor qualidade de vida relacionada à saúde nos dois componentes, sugerindo que quanto maior a idade pior é a qualidade de vida relacionada à saúde.

Estudos de Seidl et al.,(2004) e Garcia et al., (2005) et al. mostraram que a idade avançada também esteve associada a piores níveis de qualidade de vida relacionada à saúde, o que reforça a ideia de que o fato do grupo de nonagenários ter apresentado pior qualidade de vida poderia ser consequência da idade mais avançada .

A associação da QVRS com a capacidade funcional foi positiva, evidenciando que quanto maior a capacidade funcional melhor é a QVRS- componente físico. Estudos de Garatachea et al.,(2009) e Takata et al.,(2010) corroboram os resultados encontrados na presente pesquisa demonstrando que a capacidade funcional afetou significativamente a qualidade de vida na velhice e sugerem que a capacidade funcional deve ser aumentada, preservada para melhorar a qualidade de vida e com isso ser capaz de manter a independência na velhice.

O questionário de interação entre o longo e sua vida, foi desenvolvido pelos autores do presente estudo com objetivo de captar a frequência com que o longo

decide sobre suas atividades, comparando hoje a 10 anos pregressos. Observou-se que os integrantes dos dois grupos apresentaram maior perda nas frequências de decisão relacionadas a atividades desenvolvidas no lar, como preparo e escolha da comida, rotinas em relação a ouvir rádio, assistir tv, fazer leitura, atender ou fazer ligação telefônica. De acordo com Baltes et al.,(1995) a perda de domínio sobre o próprio ambiente pode ter consequências negativas sobre a saúde física e psicológica do indivíduo, deste modo, os ambientes devem ser estruturados para serem estimuladores e exigentes quanto às forças e competências do idoso, no presente caso o longo, para garantir as necessidades básicas e universais como segurança e autonomia.

O segundo domínio com maior perda de decisão foi o social que se refere as atividades relacionadas a vida do social do longo, como visita a amigos e familiares, passeios, compras de alimentos e pessoais, participação em grupos. Estudo de Nogueira et al.,(2010) aponta que o isolamento social pode comprometer a capacidade funcional e conseqüentemente interferir na qualidade de vida e capacidade de decisão. Portanto é importante estimular o longo para decidir sobre as questões que se referem a sua vida.

Acredita-se ser importante pesquisar sobre a tomada de decisão dos longos, pois este é um atributo que pode contribuir para que o mesmo tenha maior qualidade de vida, destacando que com muita frequência a limitação física é muitas vezes confundida com a impossibilidade para tomada de decisão. Goldim (2002) refere ser fundamental desvincular as perdas físicas das cognitivas e necessário valorizar os ganhos positivos da idade, como a sabedoria e experiência.

No presente estudo foi aplicado o Instrumento de Desenvolvimento Psicológico Moral(IDPM) que tem sido utilizado para a avaliar a capacidade de tomar

decisão ao observar em que fase do desenvolvimento psicológico moral o indivíduo se encontra, neste caso, dos longevos. O grupo de nonagenários, se classificou como conformista, o grupo dos octogenários apresentaram uma média melhor se classificando na fase conscienciosa,. Da amostra total de longevos, cinco não conseguiram responder, o que se entendeu como total falta de capacidade de tomar decisão.

Pesquisas realizadas com idosos que utilizaram o IDPM apresentaram resultados semelhantes, nas quais a maioria da amostra também se concentrou nas fases conscienciosa e conformista, corroborando os resultados da presente na pesquisa (RAYMUNDO,2007; PAVAN, 2008; RAMOS,2008).

A importância de pesquisar sobre a capacidade de tomada de decisão foi evidenciada também no estudo de Celich (2008) que observou que a autonomia é um dos determinantes para uma boa qualidade de vida e um dos pressupostos básicos para a tomada de decisão. Demonstrando o valor deste atributo na busca dos fatores que contribuem para uma vida com qualidade.

No presente estudo observou-se que quanto maior a fase do desenvolvimento psicológico moral do longo, melhor é a relação da idade com a capacidade funcional. Aparentemente os longevos com maior fase do desenvolvimento psicológico moral compensam a condição física imposta pela idade de uma forma mais eficiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Constatou-se durante a revisão de literatura um acentuado déficit de estudos que abordam o tema em questão, principalmente em idosos de 80 anos ou mais, ou seja, os longevos. Esta constatação dificultou a discussão dos resultados em alguns aspectos levantados no estudo, portanto, deve-se considerar uma limitação na comparação de estudos com resultados

semelhantes, tendo em vista os diferentes protocolos, além de diferenças socioculturais entre os grupos pesquisados. Deste modo, há um vasto campo de pesquisa para ser explorado pelos profissionais de saúde, que é o estudo das questões que envolvem longevos. Na comparação que pode ser realizada entre octogenários e nonagenários observamos diferenças significativas na capacidade funcional e qualidade de vida relacionada à saúde, entretanto a capacidade de tomar decisão não apresentou diferença significativa. O estudo aponta que a diminuição da capacidade funcional está relacionada à idade assim como a piora da QVRS também esteve associada à idade avançada, Com isso, o foco de atenção ao longo deve ser integral e as ações a saúde precisam ser efetivadas, aliando o incentivo à pesquisa às ações planejadas e direcionadas para com vistas à melhoria das condições de saúde e qualidade de vida deste segmento populacional.

Deste modo, a atenção a saúde da pessoa longeva é ainda um desafio a ser superado pelos profissionais em todas as esferas de atendimento, pois esta população de longevos é repleta de peculiaridades, e apresenta necessidades diferenciadas dos demais idosos, que muitas vezes, passam despercebidas pelos profissionais de saúde.

Os resultados deste estudo mostraram que a capacidade de decisão do longo diminuiu com avançar da idade, assim como a frequência de decisão de atividades desenvolvidas no lar e decisões relacionada as atividades sociais. A capacidade de tomar decisão é um atributo importante na vida do longo, assim sendo é imprescindível estudar acerca dos atributos que contribuem para que o longo tenha maior qualidade de vida e com isso poder desmistificar alguns falsos mitos, como aqueles que colocam a saúde como único determinante para a qualidade de vida nesta faixa etária ou a ideia de que o longo é vulnerável e, por

consequência, incapaz de autogovernar-se. Observou-se ser importante a criação e aplicação do questionário de interação entre o longevo e sua vida, pois se acredita ter sido eficiente ao captar o quanto o longevo pode perder em relação à capacidade de decisão nas atividades de sua vida.

Portanto investigar sobre os fatores que possam contribuir para que o longevo tenha maior qualidade de vida é fundamental para a reestruturação dos serviços de saúde, planejar ações de saúde pública e prestar atendimento com dignidade, buscando por maior tempo possível à manutenção da independência funcional, preservação ou recuperação da autonomia e primar sempre por uma melhora da qualidade de vida destes idosos na etapa final de suas vidas.

REFERÊNCIAS

BALTES, M; SILVERBERG, S. A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In: Neri A, organizador. *Psicologia do Envelhecimento*. São Paulo: Papirus; 1995.

BIRD, C; SHUGARMAN, L; LYNN J. Age and gender differences in health care utilization and spending for medcare beneficiaries in their last years of life. *J Palliat Med.* ;v.5, n.5, p.705-712, oct.2002.

BÓS Angelo José Gonçalves. *Epi Info® sem mistérios: um manual prático [recurso eletrônico] / Dados eletrônicos – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. 211 p.* Sistema requerido: Adobe Acrobat Reader. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/epiinfo.pdf>> Acesso: 14 jun. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de Atenção Básica nº19*. Brasília. 2006.

CAMELIER AA. *Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de são paulo-SP [Tese]*. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2004.

CELICH, K.L.S. *Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos da terceira idade. [Dissertação]* Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.

CICONELLI, RM *et al.* Brazilian-portuguese version of SF 36: a reliability and validity of quality of life outcome measure. *Revista Brasileira de Reumatologia*. v.39,p.143-50, 1999.

FELICIANO, A.B; MORAES, A.S; FREITAS, I.C.M. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Caderno de Saúde Pública*.v.20, n.6, 1575-1585, nov/dez, 2004.

FERNANDES, MGM; NASCIMENTO, NFS; COSTA KNFM. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Rev Rene*. v.11n.1, p.19-27, jan/mar 2010.

GARATACHEA, N *et al.* Feeling of well being in elderly people: relationship to physical activity and physical function. *Arch Gerontol Geriatr*.2009 apr.; 48:306–312

GARCIA, E.L *et al.* Social network and health related quality of life in older adults: a population based study in Spain. *Qual Life Res*, v.14,n.2, p.511-20, mar 2005.

GOLDIM, J.R. Bioética e envelhecimento. In: FREITAS, E.V et al Tratado de geriatria e gerontologia. 1ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 85-99.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=cd&o=3&i=P&c=3107>> Acesso em: 05 jun. 2013

_____. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060 Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm> Acesso em: 14 jan. 2014

KARINKANTA, S et al. Factors predicting dynamic balance and quality of life in home-dwelling elderly women. *Gerontology*. v.51n.2, p.116-121,2005.

LIMA-COSTA M F; CAMARANO AA. Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: MORAES, E.N. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

LOURENÇO, Tania Maria. Capacidade funcional do idoso longevo em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba-PR. [Dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2011.

MARIA, C.R *et al.* Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. v.13, n.5, p.376-382, set/out 2009.

NOGUEIRA, S *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. v.14, n.4, p.322-329, 2010.

PAVAN, Alethéia Peters. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. [Dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.

RAYMUNDO, M.M. Avaliação da diversidade no processo de obtenção da autorização por representação em situações assistenciais e de pesquisa em crianças e idosos. [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

RAYMUNDO, Marcia Mocellin, GOLDIM, José Roberto. Moral-psychological development related to the capacity of adolescents and elderly patients to consent. *Journal of Medical Ethics*. v.34, p.602–605, 2008.

RIBERTO, M, et al. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*. São Paulo, v.11, n.2, p.72-76, 2004.

RODRIGUES, R.A.P, *et al.* Diferenciais Sócio-Econômicos e de Saúde Entre duas Comunidades de Idosos Longevos. *Revista de Saúde Pública*.;v.45, n.2, p.391-400, 2011.

ROSSET, I *et al* Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter) nacional. *Revista Escola Enfermagem USP*. São Paulo, 2011; v.45, n.1, p. 264-271, 2011.

SCATTOLIN, F.A.A; COLOMBO, R.C.R; DIOGO, M.J.D. Preditores de independência funcional em idosos portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Fisiátrica*. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 219-225, 2007.

SEIDL, E.M.F; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Publica*. v.20, n.2, p.580-588, mar/abr, 2004.

SILVA LAA, *et al.* Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. *Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia*. v.15, n.3, p. 481-492. 2012.

TAKATA, Y *et al* Quality of life and physical fitness in an 85-year-old population. *Gerontol Geriatr*. v.50, p.272–276, mar 2010.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the world Health Organization. *Soc Scie Med*.; v.10, n.41, n. 1403-1409, 1995

VICTOR Janaina Fonseca *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v.22, n.1, p. 49-54. Ago 2009.

WARE, JE; KOSINSKI, M; KELLER, SD. How to score the SF-12 Physical & Mental Health Summary Scales, 3rd edn. Lincoln RI, QualityMetric Inc, 1998.

ANEXOS

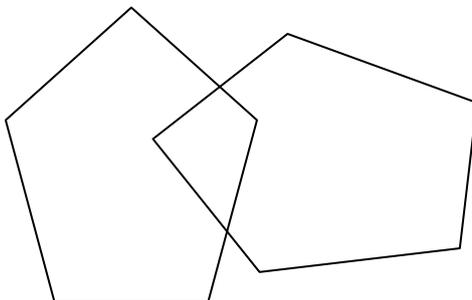
ANEXO A - Medida de Independência Funcional (MIF)

NÍVEIS	7 - Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 - Independência modificada (ajuda técnica)	Sem Ajuda
	Dependência modificada 5 - Supervisão 4 - Dependência Mínima (pessoa >= 75%) 3 - Dependência Moderada (pessoa >= 50%) 2 - Dependência Máxima (pessoa >= 25%) 1 - Dependência Total (pessoa >= 0%)	Com Ajuda
	DATA	
	AUTO-CUIDADOS (6 - 42 pontos)	
Q-01	Alimentação	
Q-02	Higiene pessoal	
Q-03	Banho (lavar o corpo)	
Q-04	Vestir-se acima da cintura	
Q-05	Vestir-se abaixo da cintura	
Q-06	Uso do vaso sanitário	
	CONTROLE DE ESFÍNCTERES (2 - 14 pontos)	
Q-07	Controle da Urina	
Q-08	Controle das Fezes	
	MOBILIDADE (transferências) (3 - 21 pontos)	
Q-09	Leito, cadeira, cadeira de rodas	
Q-10	Vaso sanitário	
Q-11	Banheira ou chuveiro	
	LOCOMOÇÃO (2 - 14 pontos)	
Q-12	Marcha / cadeira de rodas	
Q-13	Escadas	
TOTAL MIF Motor (13 - 91 pontos)		
OBS: não deixe nenhuma sem marcar, senão for possível marque 1.		

ANEXO B - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Escolaridade: _____

MEEM		Pontos
Orientação Temporal (05 pontos, 1 para cada item)	Ano	
	Mês	
	Dia do mês	
	Dia da semana	
	Hora aproximada	
Orientação Espacial (05 pontos, 1 para cada item)	Estado	
	Cidade	
	Bairro ou nome de rua próxima	
	Local geral: "que local é este aqui?" (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa,...)	
	Andar ou local específico: "em que local nós estamos?" (sala, quarto, ...)	
Registro (3 pontos)	Repetir: caneca, tijolo , tapete	
Atenção e cálculo (5 pontos, 1 ponto para cada acerto)	Subtrair $110 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 =$ $72 - 7 = 65$	
	Solettrar inversamente a palavra <i>mun</i> do = <i>odnum</i>	
Memória de evocação(3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?	
Nomear dois objetos (2 pontos)	Relógio e caneta	
Repetir (1 ponto)	"Nem aqui, nem ali, nem lá."	
Comando de estágios (3 pontos, 1 ponto para cada ação correta)	"Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão."	
Escrever uma frase completa (1 ponto)	"Escreva uma frase com começo, meio e fim."	
Ler e executar(1 ponto)	FECHE SEUS OLHOS	
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar os pentágonos com interseção.	
Pontuação Final (0 a 30)		



ANEXO C- Questionário SF 12

SF1. Em geral, você diria que sua saúde é:

1 Excelente 2 Muito boa 3 Boa 4 Ruim 5 Muito ruim

Os seguintes itens sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

SF2. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa

1 Sim. Dificulta muito. 2 Sim. Dificulta pouco 3 Não. Não dificulta de modo algum

SF3. Subir vários lances de escada

1 Sim. Dificulta muito. 2 Sim. Dificulta pouco 3 Não. Não dificulta de modo algum

Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

SF4. Realizou menos tarefas do que de gostaria?

1 Sim 2 Não

SF5. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?

1 Sim 2 Não

Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

SF6. Realizou menos tarefas do que de gostaria?

1 Sim 2 Não

SF7. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?

1 Sim 2 Não

SF8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferir com o seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora como dentro de casa)?

1 De maneira alguma 2 Um pouco 3 Moderadamente 4 Bastante 5 Extremamente

Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

SF9. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?

- 1 Todo o tempo 2 A maior parte do tempo 3 Uma boa parte do tempo
 4 Alguma parte do tempo 5 Uma pequena parte do tempo 6 Nunca

SF10. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?

- 1 Todo o tempo 2 A maior parte do tempo 3 Uma boa parte do tempo
 4 Alguma parte do tempo 5 Uma pequena parte do tempo 6 Nunca

SF11. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?

- 1 Todo o tempo 2 A maior parte do tempo 3 Uma boa parte do tempo
 4 Alguma parte do tempo 5 Uma pequena parte do tempo 6 Nunca

SF12. Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

- 1 Todo o tempo 2 A maior parte do tempo 3 Alguma parte do tempo
 4 Uma pequena parte do tempo 5 Nenhuma parte do tempo

ANEXO D - Instrumento Desenvolvimento Psicológico-Moral

Assinale 3 afirmações que correspondam ao seu gosto pessoal:

- Poder contar com amigos que me ajudam.
- Realizar um trabalho bem feito.
- Estar numa posição de dar ordens.
- Fazer o que é moralmente certo.
- Não alimentar preconceitos.
- Ser coerente com o que digo e faço.
- Ter amigos protetores.
- Retribuir os favores que me fazem.
- Estar em harmonia comigo mesmo.
- Ter relações influentes.
- Não se deixar influenciar por convenções sociais.
- Ser generoso para com os outros.

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais freqüentemente com relação a si mesmo: ()

Compromissos assumidos.

- Não ser dominado pelos outros.
- Aprimoramento pessoal.
- Desejos sexuais.
- Estar bem trajado.
- Harmonia interior.

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais freqüentemente com relação a si mesmo:

- Prestígio.
- Coerência.
- Autonomia.
- Autocrítica exagerada.
- Competição.
- Impulsividade.

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais freqüentemente com relação a si mesmo:

- Medo à vingança.
- Boa reputação.
- Conflito de necessidades.
- Independência.
- Ter um rendimento ótimo.
- Obter vantagens.

ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUC/RS****Pesquisador:** Ângelo José Gonçalves Bós**Título:** Capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida de longevos**Área Temática:****Instituição:** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS**Versão:** 1**CAAE:** 07183912.4.0000.5336**Número do Parecer:** 107.901**Data da Relatoria:**14/09/2012**PROJETO DE PESQUISA****Apresentação do Projeto:**

Embora o Brasil seja um dos países do mundo com o maior crescimento da faixa etária muito idosa, diferentemente do que vem ocorrendo no mundo a partir de 2005, ainda não se pôde constatar uma tendência nacional de crescimento das pesquisas entre os muito idosos⁶, ou seja, é escasso número de pesquisas no país voltadas às diferentes dimensões do envelhecimento. Em relação aos longevos é fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados e cientes das suas características, pois estes apresentam necessidades diferenciadas dos demais idosos e, com isso, possam atuar de maneira eficaz contribuindo para uma reestruturação dos serviços de saúde, prestando atendimento com dignidade, preservando a autonomia e visando uma melhora na qualidade de vida dos longevos. Portanto diante da relevância do tema, do aumento rápido e progressivo das pessoas longevas e a escassez de artigos, existe a necessidade de conhecer as características desses longevos para planejar ações de saúde pública voltadas a este segmento populacional.

Objetivo da Pesquisa:

Este estudo tem como objetivo estudar a relação entre capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida de longevos e consequentemente contribuir para o desenvolvimento das pesquisas relacionadas aos idosos, especialmente os longevos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O presente trabalho não oferece riscos aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os participantes receberão uma avaliação da sua capacidade funcional e receberão orientações sobre como manter ou melhorar a qualidade devida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram satisfeitos todos os requisitos.

Recomendações:

Para uma futura publicação recomendamos que sejam revisados os objetivos apresentados. Por exemplo, "estimar" usa-se para parâmetros. Qualidade de vida é um construto não pode ser estimado, também não pode ser estimada a capacidade de tomada de decisão. Correlacionar não é um verbo recomendado na elaboração de um objetivo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações Recomenda-se critérios mais amplos para a investigação do desempenho cognitivo (há restrições na literatura do uso isolado do MEEM). O cálculo amostral não condiz com as informações apresentadas, mas não tratando se de um estudo de prevalência consideramos que se trata de uma amostra de conveniência sequencial e que o número de participantes dependerá da demanda do serviço e da observação dos critérios de inclusão (dentro do prazo possível num estudo de Pós-Graduação). Do ponto de vista ético lembramos da importância de preservar o idoso do constrangimento de precisar responder com a ajuda de familiar ou de cuidador (violência), ou seja, os pesquisadores precisarão usar suas habilidades para preservar o idoso e ao mesmo tempo evitar o invés da pesquisa, principalmente no que se refere a autonomia.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer final do relator levou em consideração as observações que foram apresentadas na reunião.

PORTO ALEGRE, 26 de Setembro de 2012

Rodolfo Herberto Schneider

E-mail: cep@pucrs.br

Endereço: Av. Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

Telefone(51)33203345

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

ANEXO F - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE O ENVELHECIMENTO

CAPA	SOBRE	PÁGINA DO USUÁRIO	PESQUISA	ATUAL
		ANTERIORES	NOTÍCIAS	
Capa > Usuário > Autor > Submissões > #44648 > Resumo				
#44648 SINOPSE				
RESUMO	AValiação	EDIÇÃO		
SUBMISSÃO				
Autores	Ângelo José Gonçalves Bós, Andréa Ribeiro Miranda			
Título	CAPACIDADE FUNCIONAL, CAPACIDADE DE TOMAR DECISÃO E QUALIDADE DE VIDA DE LONGEVOS			
Documento original	44648-189435-1-SM.DOCX 17-01-2014			
Docs. sup.	Nenhuma(s) INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR			
Submetido por	Ângelo José Gonçalves Bós 			
Data de submissão	janeiro 17, 2014 • 09:03			
Seção	Artigos			
Editor	Nenhuma(s) designado(a)			
SITUAÇÃO				
Situação	Aguardando designação			
Iniciado	17-01-2014			
Última alteração	17-01-2014			
METADADOS DA SUBMISSÃO				
EDITAR METADADOS				
AUTORES				
Nome	Ângelo José Gonçalves Bós 			
Instituição/Afiliação	PUCRS / IOG			
País	—			
Resumo de Biografia	—			
Nome	Andréa Ribeiro Miranda 			
Instituição/Afiliação	IOG/PUCRS			
País	—			
Resumo de Biografia	—			
Contato principal para correspondência.				
TÍTULO E RESUMO				

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

[Logar como](#)
[anon](#)

[Meus periódicos](#)
[Perfil](#)
[Sair do sistema](#)

CONTEÚDO DA REVISTA

[Pesquisa](#)

▼

[Pesquisar](#)

Procurar

[Por Edição](#)
[Por Autor](#)
[Por título](#)
[Outras revistas](#)

TAMANHO DE FONTE

INFORMAÇÕES

[Para leitores](#)
[Para Autores](#)
[Para Bibliotecários](#)