



Programa aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA – Resolução 2545/98. Reconhecido nos termos das Portarias N°. 84 de 22.12.94 da Presidente da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e No. 694 de 13.06.95 do Ministério da Educação e do Desporto. Doutorado autorizado em 1999.

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM CONTEXTOS URBANOS E RURAIS: ANÁLISE COMPARATIVA

Manuela Lima Carvalho da Rocha

Belém – Pará
2020



QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM CONTEXTOS URBANOS E RURAIS: ANÁLISE COMPARATIVA

Manuela Lima Carvalho da Rocha

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora.

Orientadora: Prof^a Dra. Celina Maria Colino Magalhães.

Co-orientador: Prof^o Dr. Rodolfo Gomes do Nascimento.

Belém – Pará
2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
UFPA/Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento/Biblioteca

R672q Rocha, Manuela Lima Carvalho da, 1985-
Qualidade de vida de idosos residentes em
contextos urbanos e rurais: análise comparativa /
Manuela Lima Carvalho da Rocha. — 2020.
122f. il.

Orientador: Celina Maria Colino Magalhães
Coorientador: Rodolfo Gomes do Nascimento
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará /
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento,
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do
Comportamento, Belém, 2020.

1. Análise do comportamento. 2. Ecoetologia
(comportamento humano). 3. Idoso – qualidade de vida. 4.
Idoso (área rural) - comportamento. 5. Idoso (área urbana)
- comportamento. 6. Idoso – desempenho cognitivo.
Envelhecimento humano (Idosos). I. Título.

CDD - 23. ed. 150.77

Catalogação na fonte: Maria Célia Santana da Silva – CRB2/780



O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

(Nota do Autor) – não é para digitar.

Manuela Lima Carvalho da Rocha, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém-PA, Brasil.

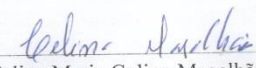
Contato: Manuela Lima Carvalho da Rocha.

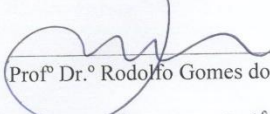
Mail: manu_terapeuta@hotmail.com

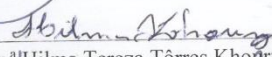


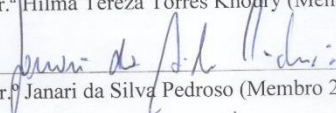
**ATA DE DEFESA DA TESE DE DOUTORADO DA ALUNA MANUELA LIMA
CARVALHO DA ROCHA, REALIZADA EM 20 DE FEVEREIRO DE 2020.**

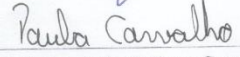
Ao vigésimo dia do mês de fevereiro de dois mil e vinte, às nove horas, no Auditório Vivaldo de Oliveira Reis Filho, reuniu-se a banca examinadora da tese de doutorado da aluna Manuela Lima Carvalho da Rocha que defendeu a tese intitulada: "Qualidade de vida de idosos residentes em contextos urbano e rural: análise comparativa". Fizeram parte da banca examinadora a Prof^a Dr.^a Celina Maria Colino Magalhães (Orientadora – UFPA), a Prof^o Dr.^o Rodolfo Gomes do Nascimento (Co-Orientador – UNAMA/UFPA/SESPA), a Prof^a Dr.^a Hilma Tereza Tôres Khoury (Membro 1 – UFPA), o Prof^o Dr.^o Janari da Silva Pedroso (Membro 2 – UFPA), a Prof^a Dr.^a Paula Danielle Palheta Carvalho (Membro 3 - UNIFAMAZ) e a Prof^a Dr.^a Julia Sursis Nobre Ferro Burcher (Membro 4 – Centro Universitário de Brasília – Uniceub, via skype). A Prof^a Dr.^a Celina Maria Colino Magalhães deu início à sessão apresentando a autora e o título do trabalho e discorrendo sobre a estrutura da sessão de defesa, combinada previamente pela banca, de acordo com as normas regimentais. Inicialmente, a autora apresentou o trabalho em quarenta minutos, sendo, em seguida, arguida pelos professores doutores, Rodolfo Gomes do Nascimento, Hilma Tereza Tôres Khoury, Janari da Silva Pedroso, Paula Danielle Palheta Carvalho, e Julia Sursis Nobre Ferro Burcher, respectivamente, nessa ordem. Após as arguições, a Prof^a Dr.^a Celina Maria Colino Magalhães teceu as considerações sobre o trabalho, agradeceu as contribuições dos demais membros da Banca Examinadora e concedeu a palavra aos presentes que quisessem fazer comentários. Finalizada a sessão, a banca reuniu-se e considerou a tese APROVADA com recomendações. A Prof^a Dr.^a Celina Maria Colino Magalhães lembrou que a aluna terá até 90 dias, após esta data da defesa, para entregar, na secretaria, a versão final do trabalho e todos os demais documentos especificados em formulário próprio na página do PPGTPC. Não havendo mais nada a tratar, foi lavrada a presente ATA, que corresponde à verdade.

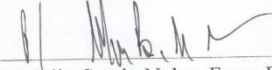

Prof^a Dr.^a Celina Maria Colino Magalhães (Orientadora – UFPA).


Prof^o Dr.^o Rodolfo Gomes do Nascimento (Co-Orientador – UNAMA/UFPA/SESPA).


Prof^a Dr.^a Hilma Tereza Tôres Khoury (Membro 1 – UFPA).


Prof^o Dr.^o Janari da Silva Pedroso (Membro 2 – UFPA).


Prof^a Dr.^a Paula Danielle Palheta Carvalho (Membro 3 - UNIFAMAZ).


Prof^a Dr.^a Julia Sursis Nobre Ferro Burcher (Membro 4 – Centro Universitário de Brasília – Uniceub, via skype).

Termo de Autorização e Declaração de Distribuição não exclusiva para Publicação Digital no
Repositório Institucional da UFPA

IDENTIFICAÇÃO DO AUTOR E DA OBRA

Autor*: Manuela Lima Carvalho da Rocha

RG: 4353312 CPF: 788121272-15 E-mail: manu_terapeuta@hotmail.com fone(91)980103660

Vínculo com a UFPA: Discente Unidade: PPGTPC

Tipo do documento: ☒ Tese ☐ Dissertação ☐ Livro ☐ Capítulo de Livro ☐ Artigo de Periódico ☐ Trabalho de Evento ☐ Outro. Especifique: _____

Título do Trabalho: Qualidade de vida de idosos residentes em contextos urbanos e rurais: análise comparativa

Se Tese ou Dissertação: Data da Defesa: 20/02/2020 Área do Conhecimento: Ecotologia

Agência de Fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES

Programa de Pós-Graduação em: Teoria e Pesquisa do Comportamento

*Para cada autor, uma autorização preenchida e assinada.

DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO EXCLUSIVA

O referido autor:

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Universidade Federal do Pará os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros, está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal do Pará, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a UFPA a disponibilizar de acordo com a licença pública *Creative Commons* Licença 3.0 *Unported*, e de acordo com a Lei nº 9610/98, o texto integral da obra citada, conforme permissões abaixo por mim assinaladas, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a partir desta data.

Permitir o uso comercial da obra?

☒ Sim

☐ Não

Permitir modificações em sua obra?

☐ Sim, contanto que compartilhem pela mesma licença

☒ Não

O documento está sujeito ao registro de patente?

☐ Sim

☒ Não

A obra continua protegida conforme a Lei Direito Autoral.

Manuela Lima C. da Rocha

Belém(PA), 11/05/2020

Assinatura do Autor e/ou Detentor dos Direitos do Autor

Rocha, M. L. C. (2020). Qualidade de vida de idosos residentes em contextos urbanos e rurais: análise comparativa. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém-PA, 122 p.

O objetivo foi analisar a qualidade de vida de idosos residentes em contextos urbanos e rurais do município de Belém-PA. Foram elaborados quatro estudos com delineamento transversal e quase experimental com abordagem quantitativa dos dados. Participaram do estudo idosos a partir de 65 anos de idade, residentes em Belém no contexto urbano e rural, ausência de déficit cognitivo e suspeita de sintomas depressivos. Para a coleta dos dados foram utilizados os instrumentos: Questionário de caracterização dos participantes; Escala de Depressão Geriátrica - GDS 15; Exame Cognitivo de Addenbrooke - versão revisada – ACE-R; Questionário das condições habitacionais; Roteiro da Rotina Semanal; e Versão brasileira do questionário de qualidade de vida - SF36. Foi aplicado o programa SPSS versão 25.0 para tabulação e análise dos dados por meio dos Testes Qui-quadrado, G e T de Student. Verificou-se na revisão sistemática da literatura que a cognição está associada à qualidade de vida principalmente quando relacionada às disfunções cognitivas em idosos. No contexto urbano, 67,3% dos idosos estão na faixa etária de 65 a 74 anos ($p=0,01$); são predominantemente do sexo feminino ($p=0,006$); a maioria possui o Ensino Fundamental Incompleto ($p=0,01$); e renda familiar mensal de três a quatro salários mínimos ($p=0,005$); 51,5% realizavam atividade de lazer. Além disso, 84,53% tinham casas de alvenaria ($p=0,01$); 57,7% aparelho de som ($p=0,005$); 67% máquina de lavar ($p=0,000$); 89,6% ventilador ($p=0,04$); 87,1% batedora de açaí ($p=0,001$); e 12,3% telefone rural ($p=0,000$). No contexto rural, 5,5% fazem uso de gerador ($p = 0,03$); da rede pública para o abastecimento de água encanada (49,4%), coleta do lixo (49,4%) e rede de esgoto (59,2%). Verificou-se que as atividades mais citadas durante a semana nos turnos manhã e tarde foram Atividades de Vida Diária, Atividade Instrumental de Vida Diária, Lazer, e Descanso e Sono. A melhor média (82,7) da qualidade de vida foi Saúde Mental. Contudo, idosos belenenses que residem em contextos urbano e rural não possuem diferenciações significativas no que se refere aos domínios da qualidade de vida, porém algumas variáveis como aspectos demográficos, socioeconômicos, hábitos de vida, condições de saúde, condições habitacionais e rotina, demonstraram diferenças. Espera-se que os resultados aqui obtidos possam futuramente contribuir para a implementação de ações que visem melhorar aspectos ligados ao envelhecimento e, consequentemente, para pesquisas científicas.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Idoso. Rural. Urbano.

Rocha, M. L. C. (2020). Quality of life of elderly residents in urban and rural areas: comparative analysis. Doctoral thesis. Postgraduate Program in Behavior Theory and Research. Belém-PA, 122 p.

The thesis aimed to analyze the quality of life of elderly residents in urban and rural contexts in the city of Belém-PA. Four studies were developed that have a cross-sectional and almost experimental, with a quantitative approach to the data. The study included elderly people over 65 years of age, living in Belém in the urban and rural context, absence of cognitive impairment and suspicion of depressive symptoms. For data collection, the following instruments were used: Questionnaire to characterize participants; Geriatric Depression Scale - GDS 15; Addenbrooke's Cognitive Exam - revised version - ACE-R; Questionnaire on housing conditions; Weekly Routine Script; and Brazilian version of the quality of life questionnaire - SF36. The SPSS version 25.0 program was used to tabulate and analyze the data using. The Chi-square test, and / or Test G and Student's T were used in the analysis. It was found in the systematic literature review that cognition is associated with quality of life, especially when related to cognitive dysfunction in the elderly. In the urban context, it was observed that 67.3% of the elderly in the urban context are aged between 65 and 74 years old ($p = 0.01$); they are predominantly female ($p = 0.006$); most of the elderly have incomplete elementary education ($p = 0.01$); and the monthly family income predominated from three to four minimum wages ($p = 0.005$); and 51.5% performed leisure activities. In addition, 84.53% had masonry houses ($p = 0.01$); 57.7% sound system ($p = 0.005$); 67% washing machine ($p = 0.000$); 89.6% ventilator ($p = 0.04$); 87.1% açai mixer ($p = 0.001$); and 12.3% rural telephone ($p = 0.000$). In the rural context, 5.5% use generators ($p = 0.03$), 5.5% of rural elderly; from the public network for piped water supply (49.4%), garbage collection (49.4% 1) and sewage network (59.2%). It was found that the activities most cited during the week most cited in the morning and afternoon shifts were Activities of Daily Living, Instrumental Activity of Daily Living, Leisure, and Rest and Sleep. The best average (82.7) of quality of life was Mental Health and the best cognitive domain was Attention and Orientation (77.7%). The most negative answer about depressive symptoms was "Abandoned what I did or liked to do", 55.7% urban and 52.8% rural. However, elderly people from Belen who live in urban and rural contexts do not have significant differences in terms of quality of life, but some variables such as demographic, socioeconomic aspects, lifestyle, health conditions, housing conditions and routine, showed differences It is concluded that the present research addressed issues of social and scientific relevance when investigating aging in urban and rural contexts. It is hoped that the results obtained here may in the future contribute to the implementation of actions aimed at improving aspects related to aging and, consequently, for scientific research.

Keywords: Quality of life. Elderly. Rural. Urban.

Lista de Ilustrações

Figura 01 - Registro realizado no Rio Guamá do município de Belém, Pará, Brasil.....	29
Figura 02 - Registro do bairro Guamá do município de Belém, Pará, Brasil.....	31
Figura 03 - Registro do bairro Pedreira do município de Belém, Pará, Brasil.....	31
Figura 04 - Registro panorâmica da Praia do Farol na Ilha de Mosqueiro do município de Belém, Pará, Brasil.....	32
Figura 05 - Porto dos barcos na Ilha de Cotijuba do município de Belém, Pará, Brasil.....	33
Figura 06 - Ilha do Combú do município de Belém, Pará, Brasil.....	34
Figura 07 - Ilha de Caratateua do município de Belém, Pará, Brasil.....	35
Figura 08 - Registro da equipe de aplicadores nos contextos de coleta e do deslocamento nos rios por lanchas e barcos.....	36
Figura 09 - Aplicação do protocolo avaliativo junto aos idosos.....	36
Figura 10 - Fluxograma de inclusão e exclusão dos dados. Belém, PA, 2018.....	42
Figura 11 - Rede das palavras-chave dos artigos. Belém, PA, 2018.....	48
Figura 12 - Qualidade de vida dos idosos. Belém, PA, 2020.....	85
Figura 13 - Qualidade de vida dos idosos nos contextos urbano e rural. Belém, PA, 2020.....	86

Lista de Tabelas

Tabela 01 - Síntese dos estudos selecionados para revisão. Belém, Pará, 2018.....	44
Tabela 02 - Classificação e ocorrência das palavras-chave.....	47
Tabela 03 - Variáveis demográficas e socioeconômicas dos idosos. Belém, Pará, Brasil, 2020.....	57
Tabela 04 - Variáveis hábitos de vida e saúde dos idosos. Belém, Pará, Brasil, 2020.....	60
Tabela 05 - Variáveis das condições habitacionais dos idosos. Belém, Pará, Brasil, 2020.....	68
Tabela 06 - Variáveis habitacionais dos idosos – Eletrodomésticos e/ou móveis. Belém, Pará, Brasil, 2020.....	69
Tabela 07 - Variáveis habitacionais dos idosos – Energia elétrica e Abastecimento de água. Belém, Pará, Brasil, 2020.....	70
Tabela 08 - Variáveis habitacionais dos idosos – Energia elétrica e Abastecimento de água. Belém, Pará, Brasil, 2020.....	71
Tabela 09 - Rotina diária durante a semana de idosos dos contextos urbano e rural. Belém, Pará, Brasil, 2020.....	74
Tabela 10 - Rotina diária do fim de idosos dos contextos urbano e rural. Belém, Pará, Brasil, 2020.....	75
Tabela 11 - Variáveis de qualidade de vida dos idosos. Belém, Pará, Brasil, 2020.....	84

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACE-R	Addenbrooke Exame Cognitivo – Revisado
ADAS-Cog	<i>Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale</i>
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
ANOVA	Análise de Variância
AOTA	Associação Americana de Terapia Ocupacional
APA	Área de Proteção Ambiental
AVD	Atividade de Vida Diária
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BRIN	Brincar
CF	Constituição Federal
CGI-I	Escala de Melhoria de Impressão Global do Médico
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DHA	Ácido Docosaheptaenoico
DS	Descanso e Sono
EDEP	Escala de Desenvolvimento Pessoal
EDU	Educação
EFC	Ensino Fundamental Completo
EMC	Ensino Médio Completo
EMI	Ensino Médio Incompleto
EORTC-QLQ 30	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer</i>
EPA	Ácido Eicosapentaenoico
EQVF	Escala de Qualidade de Vida de Flanagan
ES	Ensino Superior
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

ILPIs	Instituições de Longa Permanência para Idosos
LAZ	Lazer
LED	Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MedLine	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MEEM	Miniexame do Estado Mental
MIF	Medida de Independência Funcional
MSQ	<i>Mental Status Questionnaire</i>
NEUPSILIN	Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve
NMT	Núcleo de Medicina Tropical
NPI	Inventário Neuropsiquiátrico
NTPC	Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Participação Social
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPGTPC	Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
QoL-AD	Escala de Qualidade de Vida em Doença de Alzheimer
QSDC	Questionário Sócio-demográfico e/ou Clínico
QV	Qualidade de vida
RPE	<i>Borg Rate of Perceived Exertion Scale</i>
RSL	Revisão Sistemática de Literatura
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SES	Escala de Compromisso Social
SF-12	Questionário 12-Item Short-Form Health Survey
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36 – Short-Form Health Survey</i>
SKT	Teste Breve de Performance Cognitiva
SM	Salário Mínimo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRQ	<i>Self-Report Questionnaire</i>

SRQoL	Escala Auto-Referida de Qualidade de Vida
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRAB	Trabalho
UFPA	Universidade Federal do Pará
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
VPA	<i>Verbal Paired Associates test</i>
WCST	Teste Wisconsin de Classificação de Cartas
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	<i>The World Health Organization quality of life assessment</i>

Sumário

Apresentação.....	14
1 Norteadores Teóricos e Empíricos.....	17
1.1 Panorama do Envelhecimento humano.....	17
1.2 Qualidade de vida.....	22
1.3 <i>Life-span</i>	25
2 Abordagem Metodológica.....	28
2.1 Objetivo Geral.....	28
2.2 Delineamento.....	28
2.3 Participantes.....	28
2.4 Caracterização dos contextos.....	29
2.5 Etapas e procedimentos da pesquisa.....	35
3 Estudo 1: Qualidade de vida e Cognição em Idosos: uma Revisão Sistemática	
3.1 Introdução.....	38
3.2 Método.....	39
3.3 Resultados e discussão.....	41
3.3.1 <i>Características dos estudos selecionados</i>	41
3.3.2 <i>Análise NodeXL</i>	47
3.4 Considerações finais.....	50
Referências.....	51
4 Estudo 2: Perfil Demográfico e Socioeconômico, Hábitos de Vida e Saúde de Idosos Residentes em Contextos Urbano e Rural do Município de Belém-PA	
4.1 Introdução.....	54
4.2 Método.....	55
4.2.1 <i>Participantes</i>	55
4.2.2 <i>Instrumentos</i>	55
4.2.3 <i>Procedimentos para a análise de dados</i>	55
4.3 Resultados e Discussão.....	55
4.3.1 <i>Características demográficas e socioeconômicas</i>	55
4.3.2 <i>Hábitos de vida e condições de saúde</i>	59
4.4 Considerações Finais.....	61
Referências.....	63
5 Estudo 3: Condições Habitacionais e Rotina de Idosos Residentes em Contextos Urbano e Rural do Município de Belém-PA	

5.1 Introdução.....	65
5.2 Método.....	66
5.2.1 Participantes.....	66
5.2.2 Instrumentos.....	66
5.2.3 Procedimentos para a análise de dados.....	67
5.3 Resultados e discussão.....	67
5.3.1 Condições habitacionais.....	67
5.3.2 Rotina diária.....	73
5.4 Considerações finais.....	77
Referências.....	79
6 Estudo 4: Qualidade de Vida de Idosos Residentes em Contextos Urbano e Rural do Município de Belém-PA	
6.1 Introdução.....	81
6.2 Método.....	82
6.2.1 Participantes.....	82
6.2.2 Instrumentos.....	82
6.2.3 Procedimentos para a análise de dados.....	82
6.3 Resultados e discussão.....	83
6.3.1 Qualidade de vida.....	83
6.4 Considerações finais.....	89
Referências.....	90
7 Considerações Finais da Tese.....	92
Referências.....	95
Apêndice A - Questionário de Caracterização dos Participantes.....	101
Apêndice B - Questionário das Condições Habitacionais.....	103
Apêndice C - Roteiro da Rotina Semanal.....	104
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	105
Anexo A – Distritos Administrativos do Município de Belém.....	108
Anexo B – Bairros do Município de Belém.....	109
Anexo C - Versão Brasileira do Questionário de Qualidade De Vida - SF36.....	110
Anexo D - Exame Cognitivo de Addenbrooke – Versão Revisada.....	114
Anexo E – Escala de Depressão Geriátrica – GDS 15.....	120
Anexo F - Aprovação do Comitê de Ética.....	121

Apresentação

O envelhecimento humano e o processo saúde-doença do idoso foram temas que nortearam a minha formação acadêmica e assistencial em decorrência de questões pessoais, desejos e curiosidades acerca do assunto. A participação em eventos científicos e Projetos de Ensino, Pesquisa e Extensão no que tange ao idoso intensificou a busca por pesquisas na área. Ressalta-se inicialmente a minha primeira produção ocorrida na graduação com o Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) intitulado “Análise de Movimento Laban: uma contribuição na prática terapêutica ocupacional na atenção ao idoso”; posteriormente, a publicação na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia do artigo “Perfil de idosos atendidos pelo Programa de Atenção à Saúde do Idoso no município de Belém-PA” oriundo da minha especialização; e a dissertação do mestrado realizado em Recife intitulada “Análise comparativa do perfil de hipertensos e diabéticos, adultos e idosos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família em Pernambuco” que resultou em um capítulo do livro “Tópicos em Gerontologia”.

Não havia dúvidas quanto a continuidade dos estudos com a população idosa, e foi na oportunidade do ingresso no doutorado que iniciei a participação voluntária em um Projeto de Pesquisa no qual foi desenvolvida a minha tese. As atividades desenvolvidas por mim se basearam na realização da capacitação e treinamento dos aplicadores da equipe de pesquisa por meio de estudos dirigidos com o intuito de compreender o processo do envelhecimento e a aplicação dos instrumentos utilizados no estudo; na coleta de dados propriamente dita; e na participação e publicações em eventos científicos locais e nacionais voltados às temáticas do envelhecimento e do desenvolvimento humano.

Neste sentido, este estudo é parte integrante de uma pesquisa mais abrangente, intitulada “Envelhecimento Humano na Amazônia: crenças dos cuidadores e sua relação com a qualidade de vida e desempenho cognitivo de idosos de contextos urbano e ribeirinho”, que teve o apoio e financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A pesquisa foi realizada pelo Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento (LED) do Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento (NTPC) da Universidade Federal do Pará (UFPA), sob a coordenação da Prof. Dr. Celina Maria Colino Magalhães.

O projeto “Envelhecimento Humano na Amazônia” trata de uma pesquisa que foi submetida à Chamada Universal 2016 do CNPq e aprovado para execução em um período de 2018 a 2020. O projeto objetivou inicialmente compreender a relação entre o conhecimento gerontológico de cuidadores (formais e informais), a qualidade de vida e o desempenho

cognitivo de idosos nos contextos urbano (institucionalizado e não institucionalizado) e ribeirinho (ilhas) localizados no município de Belém, estado do Pará.

Para a coleta dos dados foram utilizados sete instrumentos estruturados junto ao idoso, sendo eles: Questionário de caracterização dos participantes; Escala de Depressão Geriátrica - GDS 15; Exame Cognitivo de Addenbrooke - versão revisada – ACE-R; Questionário de percepção de idosos sobre o envelhecimento; Questionário das condições habitacionais; Roteiro da Rotina Semanal; e Versão brasileira do questionário de qualidade de vida - SF36.

A equipe de pesquisa foi formada por alunos do Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento – PPGTPC; uma aluna bolsista e um estatístico do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC); e voluntários discentes e docentes de cursos de graduação, principalmente das áreas de psicologia e terapia ocupacional.

De modo particular, a presente pesquisa pretende dar continuidade a estudos anteriores que buscaram investigar o envelhecimento humano de idosos em vários contextos do estado do Pará. O estudo de Nascimento (2017), o qual objetivou investigar as interações entre os indicadores de fragilidade biológica e condições de saúde de idosos em contexto ribeirinho amazônico; outro que merece destaque foi realizado por Palheta-Carvalho (2018) que verificou se há correlação entre a qualidade de vida e o desempenho cognitivo de idosos com e sem Doença de Alzheimer; e por fim, a autora Brito (2018) que investigou a ecologia do cuidado em duas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) da cidade de Belém/PA, por meio do conceito de nicho de desenvolvimento e seus componentes.

Como desdobramento destes estudos, foram publicados artigos científicos os quais sugerem a continuidade e o aprofundamento das investigações acerca do envelhecimento humano na Amazônia. Esta pesquisa pretende, pois, dar continuidade às investigações iniciadas, mas, ao mesmo tempo, redimensioná-las, procurando, agora, analisar a qualidade de vida (QV) de idosos residentes em contextos urbano e rural do município de Belém-PA.

Dessa maneira, elaborou-se esta tese em consonância com o desafio atual de realizar de forma sistemática a análise junto a estes idosos. Por fim, destaca-se que a presente pesquisa abordará questões de relevância social e científica ao investigar o envelhecimento nos contextos urbano e rural. Ademais, espera-se que os resultados aqui obtidos possam futuramente contribuir para a implementação de ações que visem melhorar aspectos ligados ao envelhecimento e, conseqüentemente, os idosos da Amazônia.

O trabalho foi estruturado em sete capítulos. O Capítulo I refere-se aos norteadores teóricos e empíricos, no qual foi realizado uma contextualização acerca do envelhecimento humano mundial e local, pontuando as questões demográficas e epidemiológicas da pessoa

idosos; uma exposição e reflexão sobre a qualidade de vida; e por fim, os pressupostos teóricos do paradigma *life-span*.

O Capítulo II apresenta a abordagem metodológica representado pelo objetivo geral, delineamento da pesquisa; participantes; caracterização dos contextos; etapas e procedimentos da pesquisa.

O Capítulo III diz respeito ao Estudo 1, caracterizado por uma Revisão Sistemática de Literatura que objetivou construir um panorama de pesquisas sobre a relação entre qualidade de vida e cognição em idosos, publicado em 2019 na Revista indexada Estudo de Psicologia (Campinas); o Capítulo IV se refere ao Estudo 2 que apresenta dados demográficos e socioeconômicos, hábitos de vida e condições de saúde; o Capítulo V ilustra o Estudo 3 que aborda as condições habitacionais e de rotina; o Capítulo VI demonstra o Estudo 4 que apresenta a QV dos idosos; finalizando com o Capítulo VII referente a conclusão da tese.

1 Norteadores Teóricos e Empíricos

1.1 Panorama do Envelhecimento humano

O envelhecimento populacional mundial é caracterizado pela redução no número de crianças e jovens, e por um aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais. Este incremento proporcional do número de idosos na população é conhecido como transição demográfica. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015), em 2020 a porcentagem de idosos na população será maior do que a de crianças de até 5 anos.

Nos países em desenvolvimento, considera-se pessoa idosa a partir dos 60 anos de idade, enquanto nos países desenvolvidos a partir dos 65 anos. Esta diferença de cinco anos pode ser entendida em virtude da maior expectativa de vida alcançada pelos países desenvolvidos (OMS, 2007).

Vale ressaltar que o critério cronológico, que se refere ao tempo de vida, é adotado na maioria das instituições que procuram oferecer aos idosos atenção à saúde física, psicológica e social. Esse critério também é adotado nos trabalhos científicos devido à dificuldade de definir a idade biológica, considerada como o sistema do corpo do indivíduo nas diversas partes que interagem na composição fisiológica. Esse fato é uma das causas determinantes das visões contraditórias sobre o início do processo de envelhecimento (Papaléo Netto, 2013).

A população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios. Em 2060, o percentual da população com 65 anos ou mais de idade chegará a 25,5% (58,2 milhões de idosos), enquanto em 2018 essa proporção era de 9,2% (19,2 milhões). As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2019).

O IBGE (2016) afirma que o processo de envelhecimento brasileiro atual se caracteriza pelo aumento da longevidade. A expectativa de vida dos brasileiros está na faixa aproximada de 74,8 anos, neste sentido as pessoas estão vivendo mais e o número de idosos aumenta progressivamente. Atualmente no país são 20,6 milhões de idosos, sendo 10,8% da população total. A expectativa de vida em 2060 chegará a 81,2 anos, sendo 78 anos para os homens e 84,4 anos para as mulheres.

A população do estado do Pará acompanha o ritmo mundial e brasileiro no que se refere ao envelhecimento. Porém os municípios paraenses se encontram em um processo de

envelhecimento populacional lento, com índice de envelhecimento igual a 24,74 ($\pm 21,37$), mas com alta razão de idosos dependentes ($10,71 \pm 1,72$). A análise de segmentação criou uma variável única para explicar o envelhecimento entre os municípios paraenses, alto e baixo envelhecimento, com respectivamente 104 (72,22%) e 40 (27,78%) municípios (Campos & Gonçalves, 2018).

Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano elaborado pelo Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento, o Pará teve um crescimento no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), elevando-se de 0,518 em 2000 para 0,646 em 2010. Apesar disso, o estado é o que possui maior número de municípios com os piores indicadores. Em relação a longevidade, somente 10% dos municípios da Região Norte estavam acima da média brasileira no ano de 2010 (0,816). No Pará, IDHM Longevidade evoluiu de 0,640 em 1991 para 0,789 em 2010, indicando que 4,8% da população total tem mais de 65 anos de idade (Brasil, 2010).

Vale ressaltar que o envelhecimento em Belém, capital do estado do Pará, ocorre em área urbana com maior proporção concentrada na região metropolitana, e em área rural caracterizada pela extensa área territorial do estado e pelas ilhas amazônicas.

Neste sentido, é de suma importância compreender as discussões sobre o conceito de ambiente rural e ambiente urbano que levam a uma tentativa de definição e diferenciação, baseando-se em história, política, cultura, economia e adventos da atualidade, á uma compreensão simplificada destes ambientes. No entanto, não se alcança um conceito conclusivo com exata diferenciação entre o que é o ambiente rural e urbano. Até porque não há consenso que permita tal conclusão, uma vez que os espaços atuais estão impregnados uns pelos outros (Bernardo, Bernardes, & Queiróz, 2016).

O que se pode afirmar é que a situação distributiva das zonas rural e urbana brasileira é preocupante, uma vez que a população rural está diminuindo, sendo que entre 2000 e 2010 a redução foi de dois milhões de habitantes. Verificou-se mais de 160 milhões de brasileiros residindo na zona urbana e quase 30 milhões sediados na zona rural, este último representando apenas 16% da população total do país. (IBGE, 2010).

Pontua-se que o melhor critério encontrado para definir comunidades urbana e rural são as atividades ocupacionais desenvolvidas por seus moradores, em especial os idosos. Entende-se que o espaço geográfico é um espaço social. Sendo assim, as atividades desenvolvidas por seus moradores caracterizarão seus grupos sociais e poderão ser caracterizadoras de seus espaços. As atividades desenvolvidas nas comunidades demonstram diferenciação: ou são atividades características de áreas urbanas, como indústria, comércio e transporte, realizados

por operários e funcionários públicos; ou são atividades no rural com características de atividades agrícolas. Assim, nesse caso, o rural está intimamente ligado a natureza (Gomes, Ferreira, Silveira, & Resende, 2015).

Os moradores das ilhas amazônicas podem ser considerados como moradores de áreas rurais, pois as atividades estão relacionadas ao extrativismo, caça e pesca. Quando a discussão é sobre modo de vida dos ribeirinhos, por exemplo, é relevante compreender as distâncias geográficas que ainda acometem esse povo, fato que dificultam melhores condições ao acesso à educação, à saúde, ao saneamento básico, à energia elétrica entre outros elementos necessários à vida humana. Essas carências são facilmente verificadas nas comunidades ribeirinhas que, por outro lado, vem sendo reivindicada pelos moradores para minimizar os problemas, como acesso elementar para melhorias de suas vidas e perspectivas mais adequadas para as novas gerações (Lomba & Fonseca, 2017).

Em comum a qualquer área de moradia, o processo de envelhecimento populacional tem como determinantes três variáveis demográficas: a fecundidade, a mortalidade e a migração. De acordo com Oliveira (2015), uma população pode tornar-se envelhecida em vista da redução da fecundidade, com a diminuição do número de filhos por mulher; da redução da mortalidade, com o aumento da longevidade; e de fluxos migratórios que podem tanto contribuir para o rejuvenescimento (local de chegada dos migrantes) quanto para o envelhecimento (local de saída dos migrantes).

Além dos determinantes demográficos, consideram-se alguns aspectos epidemiológicos no processo de envelhecimento como a urbanização, as mudanças socioeconômicas e a globalização que interferem nos hábitos de vida dos brasileiros. De acordo com Manso (2017) a análise das principais causas de óbito entre os idosos brasileiros identifica como principal causa de mortalidade, neste grupo etário, as doenças cardiovasculares, responsáveis por 36,0% das mortes, seguidas pelas neoplasias ou cânceres, representando 14,7% dos óbitos, com destaque para a neoplasia de próstata nos homens e, entre as mulheres, a neoplasia da mama.

Estudos mostram que, no Brasil, as principais doenças crônicas referidas pelos idosos são hipertensão arterial sistêmica, doenças osteoarticulares, problemas cardíacos, diabetes mellitus, osteoporose, doenças crônicas pulmonares, doenças circulatórias e as neoplasias malignas (Manso, 2015).

Vale ressaltar que o envelhecimento pode ser classificado em senescência ou senectude e/ou senilidade. Ambos são ligados ao envelhecimento, no entanto, são quadros com impactos muito diferentes sobre a saúde. De acordo com Freitas, Cançado, Doll e Gorzoni (2013) a senescência ou senectude resulta do somatório de alterações orgânicas, funcionais e

psicológicas próprias do envelhecimento normal, enquanto que a senilidade é caracterizada por modificações determinadas por afecções que frequentemente acometem a pessoa idosa. O exato limite entre esses dois estados não é preciso e caracteristicamente apresenta zonas de transição frequentes, o que dificulta discriminar cada um deles.

Surge, então, uma preocupação essencialmente com as características do ambiente, da rotina, das habilidades cognitivas e da qualidade de vida do idoso com o avançar da idade. Com o aumento da velhice, o desafio é viver mais, de forma saudável e com melhor qualidade de vida. A impressão das pessoas sobre sua saúde tem resultado importante sobre a saúde e o processo de envelhecimento, sendo refletido no estilo de vida. A autopercepção é globalizada e influenciada pela capacidade de o indivíduo responder às demandas da vida cotidiana (Mari, Alves, Aerts, & Camara, 2016).

Cabe salientar, no entanto, que idosos de uma mesma nacionalidade percebem, enfrentam e vivenciam a velhice de forma diferenciada, o que é compreensível, pois independentemente de terem uma visão negativa ou positiva sobre a velhice, cada idoso vive seu próprio processo de envelhecimento de forma singular, assim como qualquer outra fase da vida. E a partir disso redefine seus papéis na sociedade e na construção do senso comum sobre a velhice (Faller, Teston, & Marcon, 2015; Lopes, Araújo, & Nascimento, 2016).

Na atualidade, estratégias para a conquista do envelhecimento ativo são traçadas para garantir que a longevidade represente um ganho no curso de vida humano e não mera sobrecarga para a sociedade e para aqueles que envelhecem. Assim, as intervenções eficazes para a manutenção da independência e da autonomia dos indivíduos idosos representam um grande desafio para os profissionais e pesquisadores da área (Ribeiro, 2015).

Neste sentido, o Programa do Ministério da Saúde “Brasil Saudável” envolve uma ação nacional para criar políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis em todas as etapas da vida. Logo, a Secretaria de Vigilância em Saúde reproduziu o documento “Envelhecimento Saudável – Uma Política de Saúde” elaborado pela Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da OMS. A Organização Mundial da Saúde adotou o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista dessa visão, definindo-o como processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (OMS, 2005).

Neri (2007) defende que o conceito de qualidade de vida na velhice está diretamente associado à existência de condições ambientais que permitam às pessoas idosas desempenhar comportamentos adaptativos, com a qualidade de vida percebida e com o sentimento de auto eficácia. A avaliação subjetiva que cada indivíduo faz do seu funcionamento constitui o

conteúdo primário da qualidade de vida percebida. A autoeficácia significa a crença do indivíduo de que dispõe dos recursos necessários para obter os resultados que deseja.

O idoso está cada vez mais ativo e participativo na sociedade atual. Identifica-se, hoje, uma resposta positiva em relação ao envelhecimento. A aceitação da idade por meio da conscientização sobre o processo de envelhecer, principalmente em relação às alterações físicas, faz com que os idosos não se abstenham de suas atividades diárias, tampouco do convívio social, tornando-os, assim, mais felizes nessa fase da vida (Menezes et al., 2018).

As atividades sociais (participação e/ou engajamento social) permitem ao idoso desenvolver múltiplos papéis sociais, sentir-se útil e manter a saúde mental e qualidade de vida. A manutenção do desempenho cognitivo e a diminuição da incidência de demência também têm sido associadas com o engajamento em atividades intelectuais (Wang et al., 2013; Sposito, Liberalesso, & Yassuda, 2016).

Neste contexto, pontua-se que o envelhecimento normal é acompanhado por mudanças em habilidades cognitivas. É importante notar que o padrão e o grau de alterações cognitivas em idosos que não possuem demências são heterogêneos, enquanto alguns apresentam prejuízos significativos, outros mantêm a performance constante ao longo do envelhecimento. Entre os fatores que parecem ser capazes de modular a integridade cognitiva no envelhecimento está o estilo de vida. Há várias sugestões de que as atividades sociais, intelectuais e físicas melhoram a reserva cognitiva e protegem contra o declínio cognitivo (Lima, 2017).

Segundo Sposito, Liberalesso e Yassuda (2016) a adoção de um estilo de vida ativo, incluindo envolvimento em atividades avançadas de vida diária, pode favorecer a proteção das funções cognitivas, diminuindo o risco para a evolução de demência. Além dos benefícios de manutenção e/ou melhora da saúde física e do bem-estar psicológico, a literatura sugere forte relação entre as atividades físicas (atividades com gastos calóricos, aeróbios e anaeróbios) e doenças crônicas, contudo tem sido destacado, também, a associação com o desempenho cognitivo e a diminuição na incidência de demência.

De maneira geral, os autores Ferreira, Tura, Silva e Ferreira (2017) pontuam que os idosos comunicam seus conhecimentos sobre suas representações, consideram qualidade de vida, e conseguem reconhecê-la em situações de seu cotidiano, por meio de exemplos. A crescente preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida vem de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Neste sentido, verificou-se a necessidade de definir de fato a qualidade de vida, assunto que será abordado no próximo tópico.

1.2 Qualidade de vida

As abordagens e conceitualizações sobre a QV se apresentam na literatura de forma diversificada e por vezes divergentes. As dificuldades na investigação se dão pelas imprecisões teóricas e pelo diálogo entre as diferentes áreas que trabalham com o tema. A falta de consenso teórico leva muitas pesquisas a utilizarem conceitos como saúde, bem-estar e estilo de vida como sinônimos de QV (Pereira, Texeira, & Santos, 2012).

A expressão QV foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que *“os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”*. O interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. Assim, a preocupação com o conceito refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (Fleck et al., 1999).

De acordo com Aranha (2017) não existe um consenso para o conceito, visto que, a percepção é subjetiva tornando a definição dinâmica. Pontua-se que os aspectos pessoais e multidimensionais são geralmente aceitos pela maioria dos pesquisadores. A QV é considerada um conceito geral, que avalia o impacto dos aspetos da vida do indivíduo no seu bem-estar, não sendo sinônimo de expressões como “satisfação com a vida”, “estado de saúde” ou “bem-estar físico ou psicológico ou social” por si só. Na sua definição é também tida em consideração a relação direta entre objetivos; expetativas; valores e cultura; padrões de estilo de vida e preocupações; e o reflexo destes parâmetros na forma de estar do indivíduo. Apesar do conceito não apresentar uma definição consensual, o mesmo tem na perspectiva de diferentes autores características comuns, nomeadamente, a amplitude, a subjetividade e a multidimensionalidade.

Embora inexista ainda um consenso sobre o seu significado, a OMS ilustra com excelência a conceituação que foi adotada em seu estudo multicêntrico que teve por objetivo principal elaborar um instrumento que avaliasse a QV em uma perspectiva internacional e transcultural. Neste sentido, a definição mais aceita e utilizada pelos pesquisadores como a percepção do indivíduo com a sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores da sociedade em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The World Health Organization quality of life assessment [WHOQOL], 1995).

Para a World Health Organization [WHO] (2001) a qualidade de vida é um conceito muito amplo e subjetivo, que compreende de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu

estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e o seu relacionamento com o meio ambiente. No que se refere à pessoa idosa, fatores como crescimento populacional e o aumento da longevidade proporcionam uma preocupação com a qualidade de vida. Se envelhecer é mudar, tais mudanças devem se dirigir para melhorar a mesma. À medida que o indivíduo envelhece, sua QV é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência (OMS, 2005).

Neste sentido, Neri (2005) afirma que a qualidade de vida está relacionada com a adaptação dos indivíduos e grupos, pertencentes a uma ou várias sociedades, em diferentes fases da vida. Concretamente, na velhice, a preocupação com a QV aumentou nos últimos trinta anos. Esta preocupação ocorreu, entre outros motivos, devido ao aumento do número de pessoas idosas na população e à expansão da longevidade. Diante disso, a expectativa de uma vida longa associada a índices elevados de saúde e QV é o enfoque do novo paradigma do Envelhecimento Ativo para dar respostas aos desafios colocados pelo envelhecimento da população (Lopes, Araújo, & Nascimento, 2016).

O paradigma de Envelhecimento Ativo, abordado no subtópico anterior, surge como resposta aos múltiplos desafios deste fenômeno. Este é caracterizado por três pressupostos fundamentais: a saúde, a participação social e a segurança, preconizando que o envelhecimento seja visto como um processo contínuo que se estende ao longo de todo o ciclo vital e como uma experiência positiva, que através da integração progressiva dos idosos na sociedade, permita uma expectativa de vida saudável com autonomia, independência e com QV (OMS, 2002).

O envelhecimento e a QV, que vai ao encontro da forma com que cada indivíduo vivencia essa etapa da vida de acordo com suas condições sociais, econômicas e culturais, determinam as experiências individuais de cada ser humano, de modo a contribuir positivamente, para um viver saudável, com alegrias e esperanças, ou negativamente, para um viver de adoecimento, com tristezas e medos em relação à vida e à finitude (Lopes et al., 2016).

Entretanto, Ferreira et al. (2017) afirmam que as representações sociais de idosos sobre QV se constroem sustentadas nos determinantes sociais de saúde, ao encontro do discurso da produção social de saúde, o que demonstra uma compreensão global do conceito. Tais representações denotam a articulação de saberes e práticas de cuidado, com valorização de atividades físicas e atitudes proativas diante do envelhecimento. Articulam, também, cuidados de prevenção ou de amenização de agravos de doenças crônicas não transmissíveis.

A literatura científica apresenta diferentes instrumentos de avaliação que investigam a QV. Um trabalho pioneiro disponibilizou um instrumento genérico de avaliação da QV, o SF-36 utilizando procedimentos de tradução e adaptação transcultural para uma amostra de

pacientes com artrite reumatoide e permitiu evidenciar a utilidade de medidas gerais para a investigação de impacto da doença crônica sobre a vida das pessoas acometidas (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão, & Quaresma, 1997). Posteriormente, o desenvolvimento do WHOQOL-100 para a língua portuguesa (Fleck et al., 1999) e o estudo para a validação das versões completa e breve (Fleck et al., 1999; Fleck et al., 2000), permitiram a utilização abrangente desse instrumento por pesquisadores brasileiros no campo da saúde.

Os instrumentos de mensuração da QV relacionada à saúde tendem a manter o caráter multidimensional e avaliam ainda a percepção geral desse construto, embora a ênfase habitualmente recaia sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por enfermidade. Predominam instrumentos específicos, como o EORTC-QLQ 30, para pacientes com neoplasias desenvolvido pelo *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (Aaronson et al., 1993), e o *Medical Outcomes Study - HIV*, para pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV (Wu, Hays, Kelly, Malitz, & Bozzette, 1997).

O uso de instrumentos de avaliação da QV no campo da saúde colocaria os trabalhos desenvolvidos no país em consonância com agendas internacionais para o avanço teórico e metodológico na área. Há, no entanto, dois desafios colocados nessas agendas: as conclusões acerca da generalidade e especificidade do construto de QV e a confiabilidade de comparações entre os achados em condições diversas relacionadas à saúde e aos diferentes contextos socioculturais. No caso do Brasil, um país marcado por fortes diferenças regionais e culturais, o uso disseminado e sistemático de versões brasileiras de instrumentos genéricos como o SF-36 e o WHOQOL permitiria acumular evidências sobre a qualidade psicométrica desses instrumentos.

Diante do exposto, mudanças vêm ocorrendo nas concepções referente a pessoa idoso, ressaltando a possibilidade de desenvolvimento durante todo o curso da vida, e em como analisar a sua QV. A aquisição de novas aprendizagens tem sido considerada, uma vez que pode otimizar as capacidades, habilidades e redes do idoso. Assim, o próximo tópico apresentará a relevância do paradigma *life-span* no âmbito da psicologia do desenvolvimento.

1.3 *Life-span*

O contexto da diminuição da natalidade e do crescente envelhecimento da população começou a criar condições para emergência de novas concepções científicas acerca do desenvolvimento humano na antropologia, sociologia e psicologia. Desta forma, a psicologia do desenvolvimento passa a se interessar pelos processos que atravessam o curso da vida do indivíduo, abandonando a perspectiva de desenvolvimento enquanto produto. Um dos grandes expoentes desta modificação é Paul Baltes e sua teoria conhecida como *life-span*.

Paul B. Baltes (1939-2006), psicólogo alemão, contribuiu para a Psicologia do Envelhecimento e do Desenvolvimento, representadas pelo paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life-span*), pelo modelo de seleção, otimização e compensação, por pesquisas sobre a plasticidade da inteligência na vida adulta e na velhice e por investigações interdisciplinares sobre a velhice avançada. O envelhecimento foi definido por Baltes como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças orquestrados por influências genético-biológicas e socioculturais de natureza normativa e não-normativa, marcado por ganhos e perdas concorrentes e por interatividade indivíduo-cultura e entre os níveis e tempos das influências (Neri, 2006).

De acordo com *life-span*, o desenvolvimento humano pode ser compreendido como um fenômeno dinâmico, heterogêneo e contextualizado que ocorre ao longo de toda a vida, portanto, não se restringe a um único período etário. Para a compreensão do desenvolvimento, esse paradigma considera, entre outros elementos, as situações vividas subjetivamente, as dinâmicas intergeracionais, assim como as mudanças no contexto histórico dos indivíduos (Baltes & Smith, 2004).

A trajetória das influências que afetam o desenvolvimento e o envelhecimento relaciona-se com a alocação de recursos nos diferentes momentos da vida, caracterizando percursos típicos, tais como do crescimento na infância, da manutenção na vida adulta e o da regulação de perdas na velhice. Esse raciocínio conduziu Baltes e Baltes (1990) à proposição da teoria de Seleção, Otimização e Compensação (teoria SOC), segundo a qual os ganhos e as perdas evolutivas são resultantes da interação entre os recursos da pessoa com os recursos do ambiente, em um regime de interdependência. Durante toda a vida ocorre atuação sistêmica desses três mecanismos na produção do desenvolvimento e do envelhecimento bem-sucedidos ou adaptativos (Li & Freund, 2005).

Referente às influências normativas graduadas por idade, ou ontogenéticas, são eventos que tendem a ocorrer na mesma época e com a mesma duração para a maioria dos indivíduos.

O conceito de normalidade é estatístico e diz respeito à alta frequência dos eventos para cada grupo de idade. Estes eventos não são causados pela passagem do tempo, mas pelas interações entre o organismo e o ambiente. Os eventos normativos graduados por idade dizem respeito a dois conjuntos de influências que afetam a todos os seres humanos: as biológicas, que caracterizam o crescimento ou a maturação, e o envelhecimento, que caracterizam o processo de socialização durante toda a vida. O processo biológico normativo de envelhecimento inclui diminuição da plasticidade comportamental (ou possibilidade de mudar para adaptar-se ao meio), e diminuição da resiliência biológica (ou capacidade de enfrentar e de recuperar-se dos efeitos da exposição a doenças, acidentes e incapacidades) (Neri, 2006).

A teoria propõe influência de uma variável normativa intermediada pelo contexto histórico cultural no desenvolvimento ontogenético, afirma que as diferentes percepções estariam condicionadas às vivências. Por exemplo, os idosos de hoje se remetem a uma época que o animal era aceito como mero recurso e o passeio público era uma área de lazer. Já os jovens conectados, globalizados, bem-informados, autônomos, críticos e atualizados tenderam ampliar a noção de mundo e de ser humano (Fischer, Renk, Moser, & Artigas, 2018).

Já as influências não-normativas não atingem todos os indivíduos de um grupo etário ao mesmo tempo, ou seja, não são dependentes da ontogenia e nem do tempo histórico. Sua época de ocorrência é imprevisível. Podem ser de caráter biológico ou social. Interrompem a sequência e o ritmo do curso de vida esperado, geram condições de incerteza e desafio e impõem sobrecarga aos recursos pessoais e sociais. Seus efeitos de longo prazo variam de acordo com o significado do evento para o indivíduo; sua condição de enfrentamento e seus efeitos sobre o *status* funcional; os papéis sociais e o senso de identidade (Baltes & Smith, 2004).

Na perspectiva gerontológica, o processo de envelhecimento não é entendido como uma experiência homogênea ou unicausal, mas implica desenvolver um olhar multidimensional ao idoso, não fragmentado, em que o ciclo de vida é o início de toda e qualquer análise. Neste sentido, o envelhecimento saudável está associado a preservação do potencial de desenvolvimento do indivíduo durante todo seu curso da vida, havendo um equilíbrio entre suas limitações e potencialidades (Pinheiro, Santo, Chibante, & Pestana, 2016).

Fontes e Neri (2015) realizaram uma análise do conjunto de artigos que evidenciou a predominância de construtos associados ao paradigma *life-span* no âmbito gerontológico, compreendendo resiliência como relacionada ao desenvolvimento, à noção de plasticidade individual, ao potencial de mudança do indivíduo, à flexibilidade e resistência para lidar com os limitadores e perdas que recaem sobre as trajetórias de vida. Há predominância de conceitos investigados ao longo do percurso teórico da Gerontologia, entre eles, o envelhecimento bem-

sucedido, o bem-estar psicológico, o suporte social, a satisfação com a vida, a religiosidade e a espiritualidade, entre outros, como associados ao de resiliência.

Segundo Costa (2015), o conceito do paradigma *life-span* em discussões sobre a velhice aparece correlacionado à aposentadoria e a velhice bem-sucedida, fazer e ser o melhor possível com os recursos que a pessoa dispõe. O envelhecimento humano pode ser considerado um tema polissêmico, portador de múltiplos significados tantos quantos sejam os prismas pelos quais o tema seja abordado. Todavia, não se pode ignorar o fato de que o envelhecimento é um acontecimento biológico. É em favor deste fato ou contra ele que surgem diversas ações que mobilizam o sujeito.

Tal paradigma considera as conexões entre eventos e processos anteriores e posteriores. O desenvolvimento ao longo de toda a vida confirma que pode haver movimento e crescimento na velhice, levando a novos aprendizados e aquisições em momentos de transição e de ruptura como acontece na aposentadoria (Xavier, Bueno, Assis, Almeida, & Assis, 2017).

Neri (2004) afirma que a ideia de declínio foi longamente defendida pela psicologia e pelas ciências que se interessam pelo envelhecimento como objeto de estudo. Ressalta ainda que muitas pesquisas que consideram a idade adulta como ápice e a velhice como declínio, pareciam estar impregnadas por concepções de senso comum sobre estas fases do desenvolvimento. Consequentemente, isso resultou na produção e no reforço de uma determinada forma de se perceber o tema pela sociedade. Atualmente, outras perspectivas têm mostrado a impertinência de se tomar a velhice como fase marcada unicamente por perdas e por ausência de ganhos. A autora enfatiza o paradigma *life-span*, onde há uma dimensão interacionista atuante que permitiria haver ganhos.

Life-span é um importante marco teórico no estudo do envelhecimento, uma vez que colaborou para mudar a concepção de que o idoso é um ser passivo e doente, ressaltando a possibilidade de desenvolvimento durante todo o curso da vida. A aquisição de novas aprendizagens tem sido considerada uma tarefa importante nesse sentido, uma vez que pode otimizar as capacidades cognitivas e favorecer a rede de suporte social do idoso (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012).

De acordo com Arias (2015) a rede social de apoio é muito importante na velhice. No entanto, afirma que a rede de apoio social sofre perturbações graves na velhice que podem afetar a sua funcionalidade e sua capacidade para responder às necessidades de assistência. As pessoas idosas mantêm e otimizam as relações que foram estabelecidas nas fases anteriores de suas vidas e novos títulos são adicionados à rede.

Os avanços das pesquisas no campo da psicologia do envelhecimento contribuíram para a verificação das alterações estruturais e funcionais próprias do processo de envelhecimento e também para a elaboração teórica da dinâmica de regulação de perdas ao longo da vida. A partir dos pressupostos teóricos e das descobertas científicas de paradigma como o *life-span*, a psicologia do envelhecimento reconhece hoje que determinantes socioculturais e genético-biológicos são confluentes nos desfechos experimentados na velhice. Muitos estudiosos da psicologia do envelhecimento se dedicam a explicar a manutenção da capacidade adaptativa na velhice e oferecem suporte para estratégias de promoção de um envelhecimento saudável (Ribeiro, 2015).

2 Abordagem Metodológica

2.1 Objetivo geral

Analisar a qualidade de vida de idosos residentes em contextos urbano e rural do município de Belém-PA.

2.2 Delineamento

Os estudos que compõem essa tese possuem delineamento transversal, descritivo e explicativo-correlacional, com abordagem quantitativa dos dados.

Utilizou-se o método transversal, dessa forma, os dados foram coletados em um recorte de tempo apenas, no qual fator e efeito são observados em um mesmo momento histórico, sem período de seguimento (Bordalo, 2006), sendo este compreendido entre março de 2018 a março de 2019.

O primeiro estudo da tese foi caracterizado como Revisão Sistemática da Literatura, envolveu o levantamento das características das pesquisas nacionais e internacionais sobre a qualidade de vida e cognição em idosos. Já os demais estudos foram caracterizados como quase experimental.

2.3 Participantes

Para a composição da amostra do estudo os participantes tiveram os seguintes critérios de inclusão: 1) idosos a partir de 65 anos de idade; 2) residentes no município de Belém na área urbana (bairros do Guamá e Pedreira) e rural (ilhas consideradas distrito de Belém: Cotijuba, Mosqueiro, Combú e Caratateua); 3) ausência de déficit cognitivo por meio da aplicação do

Mini-Exame do Estado Mental – MEEM; 4) ausência de sintomas depressivos segundo a Escala de Depressão Geriátrica – GDS 15.

Os bairros e ilhas optados pela pesquisa foram determinadas por conveniência. Com o intuito que a coleta de dados pudesse ser realizada efetivamente foi considerada a acessibilidade ao local.

Já as quatro ilhas, foram determinadas a partir de uma pesquisa no Censo do IBGE do ano de 2010, no qual se verificou o quantitativo de idosos. Optou-se por aquelas com maior número de idosos residentes, e também, com características ambientais e sociais diferenciadas entre elas. Foi feita uma amostragem estratificada proporcional por idoso e ilhas, com erro de 5%.

2.4 Caracterização dos contextos

De acordo com o IBGE (2010) o município de Belém está inserido na porção nordeste do estado do Pará, distante 120 km do mar e 160 km da linha do Equador. É banhada pelos rios Guamá e Pará, e pela Baía do Guajará. Além da entrada pela via fluvial, o acesso pela via terrestre é feito pela Rodovia BR-316. É a capital do Estado do Pará e seu principal centro urbano integra a Região Metropolitana de Belém. É uma das metrópoles brasileiras e a maior cidade da Região Norte. Sua região metropolitana é composta por 5 municípios (Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara) e totaliza 1.794.981 habitantes, sendo que a maioria da população reside em zonas urbanas (Figura 01).



Figura 01. Registro realizado no Rio Guamá do município de Belém, Pará, Brasil.
Fonte: Dados da autora, 2018.

Possui área territorial de aproximadamente 1.059,406 km², sendo 34,6% do território formado pela região continental e 65,4% correspondendo ao conjunto de 39 ilhas, já identificadas e habitadas, compreendendo dois terços do território do município. O município apresenta 36,1% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença

de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio), 67,9% de domicílios com esgotamento sanitário adequado e 22,3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização (IBGE, 2010).

A concentração de grande parte da população belenense ocorre onde a altitude da porção continental acha-se em áreas de cotas inferiores ou iguais a 4 metros, espaços tradicionalmente conhecidos por “baixadas”. Por apresentarem cotas inferiores a 4 metros, estas áreas sofrem influência das 14 bacias hidrográficas existentes no município, o que lhes impõem a condição de ocuparem terrenos alagados permanentemente, ou sujeitos a inundações periódicas (Prefeitura de Belém, 2019).

O aspecto socioeconômico de Belém está pontuado por uma estrutura produtiva na qual as atividades do comércio e serviços se apresentam como alternativas de emprego e renda para a população. Observa-se que o número de empresas existentes na capital cresceu 14,39%, enquanto que na Região Metropolitana de Belém e no Estado, essa evolução foi de 19,30% e 37,23% respectivamente. Extraindo o comportamento do segmento administração pública, as atividades econômicas que apresentaram melhor desempenho foram o comércio com 19,69%, a construção civil com 13,86% e os serviços de apoio industrial que registraram um desempenho positivo de 13,86%. Belém detém cerca de 51% de todo o emprego gerado no Pará (Prefeitura de Belém, 2019).

A cidade é dividida oficialmente em 8 distritos administrativos (Anexo A) e 71 bairros (Anexo B). Os distritos são: Distrito Administrativo de Belém, Distrito Administrativo do Entroncamento, Distrito Administrativo do Guamá, Distrito Administrativo de Icoaraci, Distrito Administrativo de Mosqueiro, Distrito Administrativo do Outeiro, Distrito Administrativo do Benguí e Distrito Administrativo da Sacramenta (Prefeitura de Belém, 2019).

Em relação à área urbana, o bairro do Guamá (Figura 02) localiza-se no Distrito Administrativo do Guamá com uma população de 94.610 moradores. O Bairro é situado na zona sul da cidade e o Rio Guamá fica situado à margem da área que dá denominação a mesma.



Figura 02. Registro do Guamá do município de Belém, Pará, Brasil.

Fonte: Marcos França, 2019.

Já o bairro da Pedreira (Figura 03) está inserido no Distrito Administrativo da Sacramenta e possui 69.608 moradores na área. A atual denominação se deve, supostamente, às pedras que existiam em grande escala nas suas imediações.



Figura 03. Registro do bairro Pedreira do município de Belém, Pará, Brasil.

Fonte: Prefeitura Municipal de Belém, 2019.

No que se refere ao contexto rural da pesquisa, destaca-se a ilha de Mosqueiro (Figura 04), caracterizada como Distrito Administrativo de Mosqueiro e localizada a 80 km da cidade de Belém. Representa um papel importante no contexto da Região Metropolitana de Belém como espaço de lazer desde o início do século XX, durante o período áureo da economia da borracha na Amazônia. É banhada pelo rio Pará, que forma as baías de Santo Antônio, do

Marajó e do Sol. Os principais rios que nascem no interior da ilha são o Murubira, o Pratiacara e o Mari-Mari, os quais seguem o regime das marés. Esse complexo sistema de drenagem permite identificar três ecossistemas distintos na ilha: a região litorânea, caracterizada pela presença de uma faixa de areia com aproximadamente 18 km, que forma praias; a região de terra firme, formada pelas áreas mais altas, mais afastadas dos rios e outros cursos d'água, portanto não sujeitas a alagamentos; e a região de áreas baixas, podendo ser de igapó e várzea, com pequenas ilhas anexas, cuja dinâmica ambiental está baseada nos rios e diversos cursos d'água (Fernandes, 2015).



Figura 04. Registro panorâmico da Praia do Farol na Ilha de Mosqueiro do município de Belém, Pará, Brasil.
Fonte: Plano Diretor de Belém, 2015.

De acordo com a Secretaria Municipal de Coordenação Geral do Planejamento e Gestão, a ilha de Mosqueiro ocupa uma área aproximada de 212.547 km com altitude média de 15 metros acima do nível do mar. O turismo se constitui num dos principais geradores de renda para a população da ilha. No trato do desenvolvimento local do Distrito de Mosqueiro, a exuberância da natureza vislumbra a atração a partir do ecoturismo, atividade que pode, em conjunto com peculiaridades humanas, transformar-se em fator de inserção e melhoramento dos sistemas tradicionais de padrão nutricional e de saúde de sua população, portanto, melhoria da qualidade de vida (Tavares, Gomes, Costa, & Ribeiro, 2007).

Outra Ilha em destaque é Cotijuba (Figura 05), está situada à margem direita do estuário do Rio Pará, entre as Baías do Marajó e do Guajará e em frente às Ilhas Jutuba e Paquetá. Ocupa uma área de 16.055 km², apresentando uma costa com 20 km de praias, 12 em seu total, localizadas nos litorais oeste, noroeste e norte da ilha e voltadas para a baía do Marajó, sendo

que as mais frequentadas são as praias do Farol, da Saudade e do Vai Quem Quer. Além das praias a ilha também possui vários lagos e igarapés. Devido aos vários atrativos naturais, a ilha apresenta significativo potencial turístico (Mascarenhas et al., 2009).



Figura 05. Porto dos barcos na Ilha de Cotijuba do município de Belém, Pará, Brasil.

Fonte: Dados da autora, 2018.

Já a Ilha do Combú (Figura 06) constitui uma Área de Proteção Ambiental (APA) instituída a partir da Lei Estadual nº 6.083 de 13 de novembro de 1997. A ilha está localizada na margem esquerda do rio Guamá, a 1,5 km de distância da cidade de Belém por via fluvial. Abrange área total de aproximadamente 15 km² e a vegetação da Ilha é composta por floresta de várzea com cipós, árvores e arbustos, apresentando estrutura e composição florística variada, incluindo florestas primária e secundária (Rodrigues, Lira, Santos, & Jardim, 2006).



Figura 06. Ilha do Combú do município de Belém, Pará, Brasil.

Fonte: Dados da autora, 2018.

A população do Combú caracteriza-se por comunidade ribeirinha com casas em estilo palafita. São adequadas ao sistema de cheias dos rios, geralmente possui um pequeno trapiche na parte frontal das residências, o qual serve para atracar rabetas ou montarias. O extrativismo, a pesca e as atividades domésticas apresentam-se como as principais ocupações. A atividade de pesca, por sua vez, caracteriza-se como artesanal, apresentando um caráter não predatório, porém, nem sempre se respeita o ciclo de reprodução das espécies. Técnicas simples são utilizadas para a captura do peixe, como: tarrafa, curral, pequenas redes de pesca e matapi (Reis, Araújo, Santos, Silva, & Pontes, 2012).

E por último, a Ilha de Caratateua (Figura 07), conhecida popularmente como Ilha de Outeiro, é caracterizada por Distrito Administrativo do Outeiro no município de Belém, situada entre as latitudes 1° 12' e 1° 17'S e entre as longitudes de 48°25' e 48°29' W GR, compondo a região nordeste do Estado do Pará. O acesso à ilha se dá tanto de forma fluvial, como terrestre, através da ponte governador Enéas Pinheiro (com 380 metros de extensão), distante 25 km do centro da cidade. Possui três tipos de solo várzea, igapó e terra firme, acrescido de orla de belíssimas praias, como atrativos cenários para atividades de turismo e lazer (Bentes et al., 2017).



Figura 07. Ilha de Caratateua do município de Belém, Pará, Brasil.

Fonte: Oswaldo Forte e Tássia Barros – Comuns Superintendência Executiva de Mobilidade Urbana de Belém, 2019.

2.5 Etapas e procedimentos da pesquisa

A partir das configurações contextuais em que o estudo foi desenvolvido tornou-se necessário que algumas etapas fossem desenhadas para a efetivação da coleta dos dados de forma satisfatória e sistematizada. Quanto ao desenvolvimento das etapas, estas foram executadas por membros da equipe de pesquisa seguindo o cronograma de atividades.

A 1ª Etapa foi constituída pela efetivação dos aspectos éticos e legais para a realização da pesquisa incluindo a elaboração do projeto e permissão junto ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos. A pesquisa “Envelhecimento Humano na Amazônia” foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical (NMT) da UFPA com parecer nº2.301.639 (Anexo E).

A 2ª Etapa foi a realização da capacitação e treinamento da equipe de pesquisa. Cada grupo de aplicadores que eram treinados participava de estudos dirigidos com o intuito de compreender o processo do envelhecimento e a aplicação dos instrumentos utilizados na coleta de dados. Foram treinados três grupos de oito aplicadores, totalizando 24 voluntários discentes e docentes de cursos de graduação das áreas de psicologia e terapia ocupacional.

A 3ª Etapa foi o estudo piloto que ocorreu no contexto urbano e rural com a aplicação do Protocolo avaliativo com o objetivo de identificar possíveis dúvidas a respeito das questões levantadas e adaptar o Protocolo de Avaliação dos participantes. A adaptação referida ocorreu no roteiro da rotina semanal, no qual inicialmente eram coletadas informações referente a

frequência e companhia das atividades realizadas pelos idosos durante a semana e final de semana nos três turnos, itens estes excluídos do roteiro.

A 4ª etapa foi a coleta de dados por meio da aplicação do Protocolo de avaliação junto aos idosos. As figuras 08 e 09 ilustram os pesquisadores nos diversos contextos de coleta de dados.



Figura 08. Registro da equipe de aplicadores nos contextos de coleta e do deslocamento nos rios por lanchas e barcos.

Fonte: Dados do autor, 2019.



Figura 09. Aplicação do protocolo avaliativo junto aos idosos.

Fonte: Dados do autor, 2019.

Esta etapa respeitou os seguintes procedimentos:

- Inicialmente, os idosos foram convidados a participar da pesquisa recebendo informações sobre a natureza e objetivos do estudo, e após aceitarem participar da pesquisa

formalmente através da assinatura ou captura das impressões digitais no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C), foram submetidos a realização da entrevista junto ao aplicador. Vale ressaltar que as buscas dos participantes em zonas urbanas ocorreram em feiras, centros de saúde, centros de convivência, praças e igrejas; já a coleta no contexto rural foi viabilizada pela equipe de saúde da região, em particular agentes comunitários, que favoreceram o acesso local e a identificação das casas que possuíam idosos.

- Caso não tivesse sido identificado nenhum critério que excluísse o idoso da pesquisa, estes foram entrevistados individualmente pelos pesquisadores. Foram coletados os dados autorrelatados da entrevista. O tempo de entrevista corresponde ao equivalente a uma hora para cada participante, algumas variações ocorreram de acordo com a dinâmica e necessidades de interrupção da coleta de dados.

A 5ª etapa foi a análise dos dados. Foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0 para tabulação e análise dos dados. Visando a comparação entre idosos urbanos e rurais, utilizou-se na análise inferencial das variáveis categóricas que foram analisadas pelo Teste *Qui-quadrado* e/ou Teste *G* para análise das associações. Para a comparação de médias dos instrumentos dos instrumentos com desfecho, usou-se o teste *T* de *Student* Análise de Variância (ANOVA). Em todas as análises foi adotado um nível de significância de 5%.

3 Estudo 1: Qualidade de vida e Cognição em Idosos: uma Revisão Sistemática

3.1 Introdução

O envelhecimento da população mundial é um fato incontestável e constitui um desafio para a atualidade. O ritmo deste processo nas próximas décadas será particularmente acelerado em países que se encontram em desenvolvimento como o Brasil. A grande maioria dos países vem atravessando ou já atravessou um período de transição demográfica em que passa de uma situação de altos níveis de mortalidade e fecundidade para uma redução significativa. O envelhecimento populacional é uma consequência direta da redução proporcional de jovens com a extensão da expectativa de vida ocasionada por estas transformações demográficas o que proporciona a inversão da relação entre jovens e idosos (Miranda, Mendes, & Silva, 2016; Saad, 2016).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2018) afirma que o atual processo de envelhecimento brasileiro se caracteriza pelo aumento da longevidade. A expectativa de vida dos brasileiros está na faixa aproximada de 76 anos, neste sentido, as pessoas estão vivendo mais e o número de idosos aumenta progressivamente. Atualmente, no país são 28 milhões de idosos, sendo 13,4% da população total. Uma projeção para 2060 reporta que haverá 58,4 milhões de idosos, totalizando 26,7%. Assim, a expectativa de vida em 2060 chegará a 81,2 anos, sendo 78 anos para os homens e 84,2 anos para as mulheres.

Diante deste contexto demográfico surge a necessidade de compreender a qualidade de vida com o avançar da idade. O conceito e as abordagens mais adequadas sobre a QV são discutidos ao longo dos anos em estudos no Brasil e no mundo. A literatura aponta a grande relevância social e científica pelo fato de possuir significados individuais diferente, apesar das intensas discussões sobre o assunto, a definição ainda não é uniforme (Luz, Sampaio, Barros, & Santana, 2016; Pereira, Texeira, & Santos, 2012).

Os conceitos mais aceitos da qualidade de vida buscam dar conta da multiplicidade de dimensões discutidas nas chamadas abordagens gerais ou holísticas. O principal exemplo é o conceito preconizado pela Organização Mundial da Saúde [OMS] (1998), no qual reflete a percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas.

Neste sentido, algumas modificações que acompanham o processo de envelhecimento podem interferir na QV. Uma das principais alterações que os idosos vivenciam passa pelo campo da capacidade funcional definida como habilidade de executar tarefas cotidianas

necessárias para uma vida independente e autônoma (Chaves et al., 2017; Lopes & Santos, 2015). Um dos aspectos que constitui a capacidade funcional é a cognição que pode sofrer alterações associada à diminuição da função cognitiva no processo do envelhecimento, caracterizada pela dificuldade em manter a memória recente ou de evocação em quadros leves a mais severos (Ferreira, Pinho, Pereira, & Ferreira, 2014).

Contudo, diante do acelerado incremento do envelhecimento da população, e dos verdadeiros desafios à sociedade, torna-se necessário obter um melhor conhecimento desta realidade, assumindo-se como uma preocupação acrescida para a sociedade a QV e as funções cognitivas destes que vivenciam esta transição. Este estudo de Revisão Sistemática de Literatura (RSL) teve como objetivo investigar um panorama de pesquisas sobre a relação entre QV e cognição em idosos. Portanto, esta pesquisa parte do pressuposto de que é preciso conhecer o que a literatura nacional e internacional vem produzindo e discutindo sobre o assunto, por meio da análise dos periódicos no que se refere aos anos de publicação, local de realização da pesquisa, número de participantes, objetivos e instrumentos utilizados nos estudos selecionados para a revisão sistemática; além disso, objetiva analisar a ocorrência e a rede das palavras-chave dos estudos por meio da ferramenta NodeXL.

3.2 Método

A revisão da literatura utilizou as bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). O estudo limitou-se a publicações de janeiro de 2008 a junho de 2018 nos idiomas inglês e português. Com o intuito de determinar os descritores para o estudo, foi utilizado o vocabulário estruturado e trilingue Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) criado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) que foram: *Idoso, Idosos, Pessoa idosa, Pessoas idosas, Pessoa de idade, Pessoas de idade, População idosa, Centenários, Nonagenários, Octogenários, Velhíssimos, Idoso de 80 anos ou mais, Idosos de 80 anos ou mais, Idades de 80 anos ou mais, Qualidade de vida, Qualidade de vida relacionada a saúde, Cognição, Envelhecimento cognitivo, Aged, Aged, 80 and over, Quality of life, Cognition e Cognitive Aging*.

A estratégia de busca com os descritores e operadores booleanos foram os seguintes: (Idoso OR Idosos OR Pessoa idosa OR Pessoas idosas OR Pessoa de idade OR Pessoas de idade OR População idosa OR Centenários OR Nonagenários OR Octogenários OR Velhíssimos OR Idoso de 80 anos ou mais OR Idosos de 80 anos ou mais OR Idades de 80 anos ou mais AND

(Qualidade de vida OR Qualidade de vida relacionada a saúde) AND (Cognição OR Envelhecimento cognitivo); e (Aged OR Aged, 80 and over) AND (Quality of life) AND (Cognition OR Cognitive Aging).

Adotou-se como critério de inclusão artigo original empírico em português ou em inglês com amostra composta exclusivamente de idosos; apresentar no título e/ou no objetivo geral da pesquisa os termos “qualidade de vida” e “cognição” e/ou termos equivalentes; ter sido publicado no período de janeiro de 2008 a junho de 2018; artigo completo e disponível gratuitamente na íntegra; e ter sido revisado por pares. Foram excluídos artigos relacionados à construção e/ou validação de instrumentos; pesquisas de revisão sistemática da literatura, resenha, ensaios, revisão da literatura e relato de experiência; artigos repetidos; estudos que não deixaram explícito a etapa de desenvolvimento dos participantes e/ou que apresentavam uma indefinição na idade dos sujeitos.

Para a escolha e qualificação dos artigos, os mesmos foram disponibilizados para dois revisores que avaliaram de maneira independente excluindo os artigos que claramente não preenchiam aos critérios de elegibilidade e mantendo os possivelmente incluídos. Quando ocorreu discordância entre os revisores, estes resolviam ou consultavam um terceiro revisor.

Neste estudo, optou-se em seguir as 7 etapas propostas pela Colaboração *Cochrane* que é reconhecida mundialmente pelo seu rigor metodológico no planejamento e execução de RSL: 1. Formulação da pergunta/problema; 2. Localização e seleção dos estudos em bases de dados; 3. Avaliação crítica dos estudos; 4. Coleta de dados nos artigos; 5. Análise e apresentação dos dados; 6. Interpretação dos dados; e, 7. Aperfeiçoamento e atualização da revisão (Bento, 2014; Galvão & Pereira, 2014; Higgins & Green, 2011), assim como, os critérios *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) e para análise dos artigos selecionados elaborou-se um instrumento baseado nos domínios de população, exposição/intervenção, controle e desfecho (PICO) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & PRISMA Group, 2009).

Para a análise da rede das palavras-chave dos artigos incluídos na pesquisa, foi utilizado a ferramenta NodeXL versão 1.0.1.251 que serve como um complemento *open-source* para o *Excel* 2007, 2010 e 2013, que dispõe de uma interface gráfica para a interação com o usuário. O NodeXL possibilita a teoria dos grafos, análise de redes sociais e teoria das redes complexas que tem sido usada para investigar o comportamento e as estruturas de diversos tipos de rede. Nestes, os atores ou vértices são as palavras selecionadas por seus significados intrínsecos e os relacionamentos ou arestas ocorrem entre todas as palavras-chave. Cada vértice forma uma rede

onde todos estão conectados entre si, formando assim cliques ou subgrafos completos (Fadigas, Henrique, Senna, Moret, & Pereira, 2009).

Para o estudo atual, por meio desta ferramenta, foi analisado e apresentado os dados através de cálculos métricos destacando duas medidas de centralidade: centralidade de proximidade, distância de um ator para todos os outros da rede; e centralidade de intermediação, ligação entre atores que possuem conexões maiores ou relevantes (Borba, 2013; Newman, 2005).

3.3 Resultados e discussão

3.3.1 Características dos estudos selecionados

Esta revisão identificou 512 artigos nas bases de dados, sendo 109 no SciELO, 4 no MedLine, e 399 no Lilacs. Após eliminação de 138 artigos duplicados, foram selecionados 374 para a leitura dos títulos e resumos. Destes, 357 foram excluídos pelos seguintes motivos: as amostras das pesquisas não eram compostas exclusivamente por idosos a partir de 60 anos; não apresentaram no título e/ou no objetivo geral da pesquisa os termos “qualidade de vida” e “cognição” e/ou termos equivalentes; a falta de disponibilização do artigo na íntegra; e pesquisas de revisão sistemática da literatura, resenha, ensaios, revisão da literatura e relato de experiência. Ao final, foi realizada a leitura da íntegra de 17 artigos e apenas 14 estudos alcançaram todos os critérios de inclusão (Figura 10).

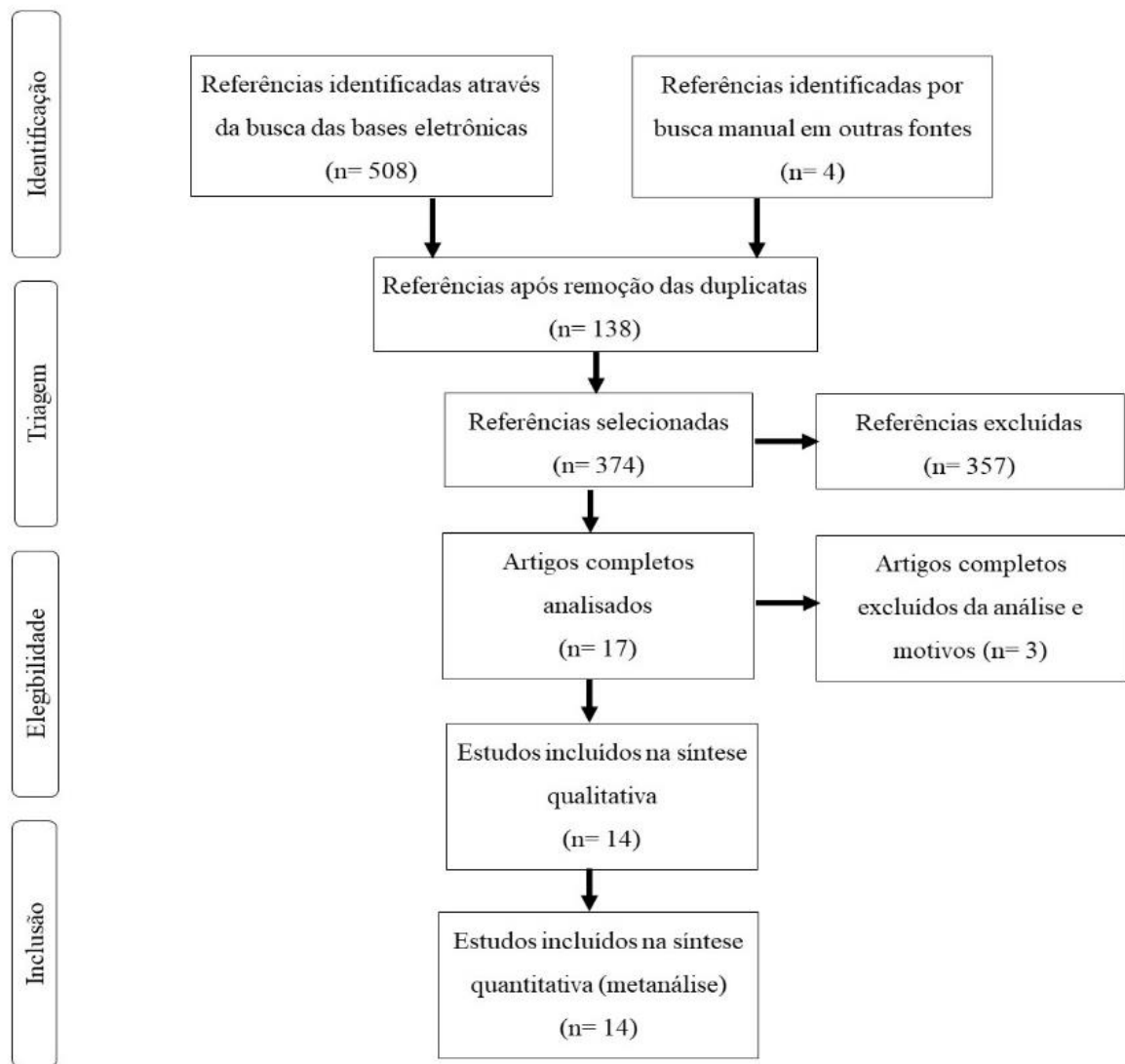


Figura 10. Fluxograma de inclusão e exclusão dos dados. Belém, PA, 2018.

Dentre os estudos incluídos, 21% foram publicados na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia e 14% na Estudos de Psicologia, os demais periódicos tiveram somente uma frequência; os anos de publicação em destaque foram de 36% das pesquisas publicadas em 2012, 21% em 2014, 14% em 2011 e os anos de 2010, 2013, 2015 e 2017 tiveram somente uma publicação; 71% dos estudos foram realizados no Brasil, seguidos de 7% para Argentina, Austrália, Canadá e Oriente Médio. Uma proporção de 29% das pesquisas apresentou no título e/ou no objetivo geral da pesquisa os termos “qualidade de vida” e “cognição”, porém foi considerado o termo WHOQOL-BREF para qualidade de vida; e déficit, declínio, problemas, sintomas, nível, treino e velocidade cognitiva, bem como reminiscência, para o termo cognição. O tamanho da amostra em cada estudo variou de 21 a 135 participantes com média de 72,8 e desvio padrão de 38,1. No que se refere aos instrumentos da pesquisa, 71% dos estudos mencionaram utilizar o Miniexame do Estado Mental (MEEM), 64% a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), 50% utilizaram Instrumentos Sociodemográfico e/ou clínico e 43% o Questionário da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde versão abreviada (WHOQOL-BREF) (Tabela 01).

Tabela 01

Síntese dos estudos selecionados para revisão. Belém, Pará, 2018.

Autor(a); Periódico; Ano; Local do estudo; Número de participantes	Objetivos	Instrumentos de pesquisa utilizados
• Azcurra • Revista Brasileira de Psiquiatria • 2012 • Rosário, Santa Fé, Argentina; • 135.	Pesquisar se um programa específico de reminiscência associa-se com maiores níveis de qualidade de vida em residentes com demência com cuidados prolongados.	SES; SRQoL.
• Silveira et al • Estudos de Psicologia • 2017 • Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil; • 120.	Analisar a qualidade de vida e verificar a prevalência do declínio +cognitivo, ansiedade e sintomas depressivos de participantes de grupos de convivência.	QSDC; GDS; BAI; WHOQOL-BREF; ACE-R.
• Chaves et al • Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia • 2015 • São Luís, Maranhão, Brasil; • 125.	Analisar a associação entre o declínio cognitivo e a qualidade de vida de idosos hipertensos.	MEEM; SF-36.
• Blay et al • Cadernos de Saúde Pública • 2011 • São Paulo, São Paulo, Brasil; • 90.	Investigar o impacto de morbidade psiquiátrica, depressão, déficit cognitivo, número de doenças autorreferidas e variáveis sociodemográficas no WHOQOLBref escores de domínio.	WHOQOL-BREF; SRQ; BDI; MSQ; QSDC.
• Langlois et al • <i>Psychological Sciences and Social Sciences</i> • 2012 • Montreal, Quebec, Canadá; • 83.	Avaliar os efeitos do treinamento físico na cognição e qualidade de vida em idosos mais frágeis e não frágeis.	QSDC; MEEM; GDS; RPE.

Continua

• Irigaray • Psicologia: Reflexão e Crítica • 2010 • Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil; • 76.	Verificar os efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos.	QSDC; MEEM; GDS; BAI; NEUPSILIN; WHOQOL-BREF; EDEP.
• Viola et al • <i>Clinical Science</i> • 2011 • São Paulo, São Paulo, Brasil; • 41.	Avaliar os efeitos de um programa de reabilitação multidisciplinar na cognição, qualidade de vida e sintomas neuropsiquiátricos em pacientes com doença de Alzheimer leve.	MEEM; SKT; NPI; QoL-AD; GDS.
• Caramelli et al • Arquivos de Neuro-psiquiatria • 2014 • Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo – Brasil; • 21.	Comparar galantamina mais nimodipina vs. galantamina sozinho em velocidade cognitiva e qualidade de vida medidas em pacientes com demência mista.	CNTB; QoL-AD; ADAS-Cog; CGI-I; NPI; MEEM.
• Sinn et al • <i>British Journal of Nutrition</i> • 2012 • Adelaide, Austrália Meridional e Brisbane, Queensland – Austrália; • 50.	Investigar os benefícios de suplementar uma dieta com óleo de peixe rico em EPA e DHA, ou controle (óleo de cártamo - LA), para sintomas depressivos, qualidade de vida e cognição em idosos com CCL.	MEEM; VPA; GDS.
• Santos et al • <i>Dementia & Neuropsychologia</i> • 2014 • São Carlos, São Paulo, Brasil; • 23.	Avaliar a relação de fatores sociodemográficos e sintomas depressivos e cognitivos na qualidade de vida de idosos que frequentam a Educação de Jovens e Adultos do município de São Carlos-SP.	MEEM; GDS; WHOQOL-BREF; WHOQOL-old; QSDC.

Continua

• Karni et al • <i>Occupational Therapy International</i> • 2013 • Jerusalém, Israel, Oriente Médio; • 60.	Identificar o impacto dos problemas cognitivos na participação e qualidade de vida de indivíduos após fratura de quadril entre mulheres idosas.	MIF; GDS; QSDC; SF-12.
• Leite et al • Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia • 2012 • Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil; • 85.	Avaliar a qualidade de vida e o nível cognitivo de idosos participantes de grupos de terceira idade de um município do Rio Grande do Sul, Brasil.	QSDC; MEEM; SF-36.
• Beckert et al • Estudos de Psicologia • 2012 • Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil; • 88.	Examinar a associação entre qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos.	QSDC; MEEM; GDS; BAI; NEUPSILIN; WCST; WHOQOL-BREF.
• Rocha et al • Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia • 2014 • Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil; • 23.	Identificar possíveis mudanças na qualidade de vida, cognição e depressão advindas de oficinas de educação gerontológica mediadas por uma rádio-poste em instituições de longa permanência para idosos.	WHOQOL-BREF; WHOQOL-old; EQVF; GDS; MEEM.

Nota: SES: Escala de Compromisso Social; SRQoL: Escala Auto-Referida de Qualidade de Vida; QSDC: Questionário Sócio-demográfico e/ou Clínico; GDS: Escala de Depressão Geriátrica; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; WHOQOL-BREF: Qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde versão abreviada; ACE-R: Addenbrooke Exame Cognitivo – Revisado; MEEM: Miniexame do Estado Mental; SF-36: *Medical Outcomes Study 36 – Short-Form Health Survey*; SRQ: *Self-Report Questionnaire*; BDI: *Beck Depression Inventory*; MSQ: *Mental Status Questionnaire*; RPE: *Borg Rate of Perceived Exertion Scale*; NEUPSILIN: Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve; EDEP: Escala de Desenvolvimento Pessoal; SKT: Teste Breve de Performance Cognitiva; NPI: Inventário Neuropsiquiátrico; QoL-AD: Escala de Qualidade de Vida em Doença de Alzheimer; ADAS-Cog: *Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale*; CGI-I: Escala de Melhoria de Impressão Global do Médico; VPA: *Verbal Paired Associates test*; WHOQOL-old: Qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde para idosos; MIF: Medida de Independência Funcional; SF-12: Questionário 12-Item *Short-Form Health Survey*; WCST: Teste Wisconsin de Classificação de Cartas; EQVF: Escala de Qualidade de Vida de Flanagan.

3.3.2 Análise NodeXL

No que se refere ao resultado da análise dos dados por meio do NodeXL, após a coleta das palavras-chave de cada artigo, foram realizadas as combinações em pares dos descritores. Alguns descritores semelhantes foram padronizados em um único termo com o intuito de aproximar as palavras com o mesmo valor semântico. Na padronização dos termos “comprometimento cognitivo”, “comprometimento cognitivo leve” e “declínio cognitivo”, utilizou-se o último para homogeneizar os demais. Nas siglas DHA e EPA foi descrito por extenso ácido docosahexaenoico e ácido eicosapentaenoico, respectivamente. No total houve 39 palavras-chave e 127 combinações em pares.

A Tabela 02 apresenta a classificação e ocorrência das palavras-chave. Verificou-se que o termo qualidade de vida teve maior ocorrência e conexões na rede (25), seguido dos descritores depressão (14), cognição (13), envelhecimento (13), declínio cognitivo (10), demência (9), doença de Alzheimer (7) e idoso (6).

Tabela 02

Classificação e ocorrência das palavras-chave.

Classificação	Ocorrência	Palavras-chave (total 39)
1	25	Qualidade de vida
2	14	Depressão
3	13	Cognição / Envelhecimento
4	10	Declínio cognitivo
5	9	Demência
6	7	Doença de Alzheimer
7	6	Idoso

A Figura 11 consiste em um multigráfo representando as associações entre as 39 diferentes palavras-chave que foram identificadas nos artigos sobre a relação entre a qualidade de vida e cognição em idosos. Cada ponto (vértice) representa uma palavra-chave e cada linha (aresta) representa as ligações entre as palavras-chave, ou seja, indica a frequência conjunta entre um par de palavras-chave nos artigos. Verificou-se que não houve termos isolados, visto que, todas as palavras estão conectadas a outras.

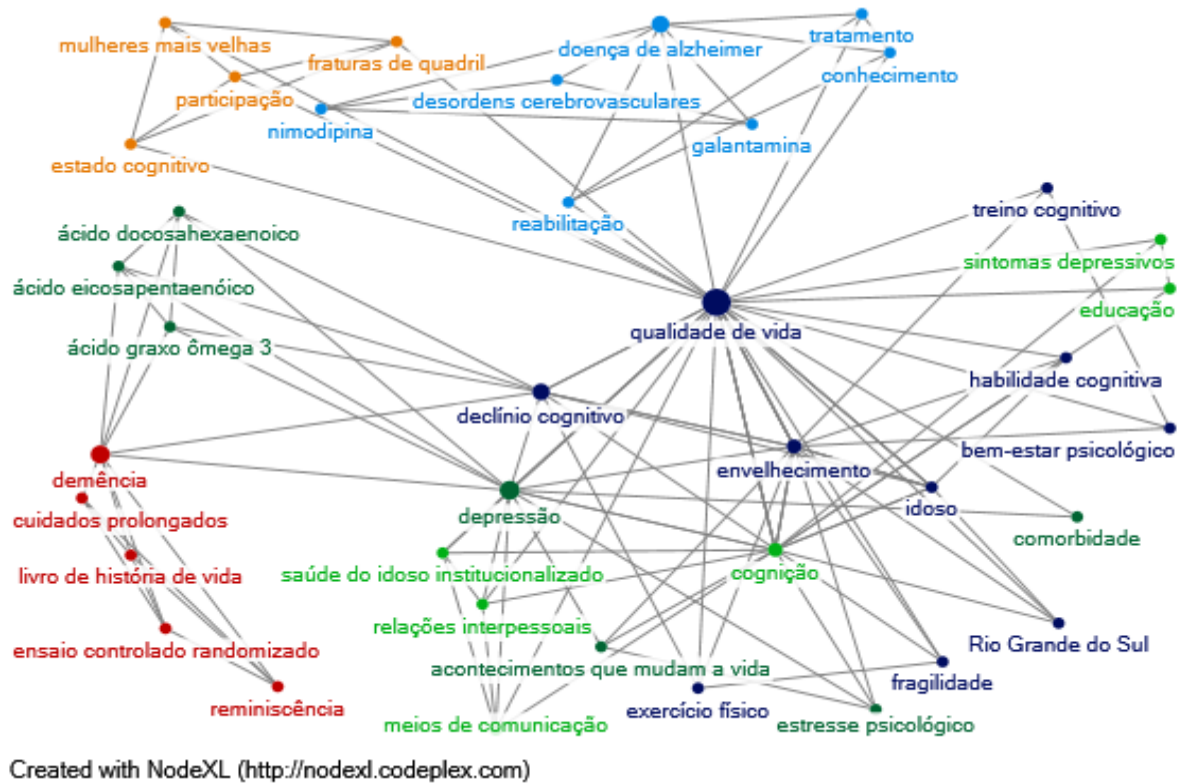


Figura 11. Rede das palavras-chave dos artigos. Belém, PA, 2018.

O multigráfo apresentou seis grupos representados por seus termos mais importantes, discriminado na figura por cores. No que se refere às relações de proximidade dos elementos que compõe o grafo, os que demonstraram possuir maior grau de centralidade de intermediação foi qualidade de vida (412,4), depressão (154,4) e demência (136), ou seja, são os termos que mais fazem conexões entre os grupos. No que se refere ao grau de centralidade de proximidade qualidade de vida (0,018) e depressão (0,015) possuem maior capacidade de interação com as palavras-chave (Figura 2).

Como pontuado nos resultados da presente revisão, apesar de a busca nas bases de dados ter ocorrido a nível nacional e internacional, dez estudos foram realizados no Brasil e as revistas que tiveram maior número de publicações são brasileiras. A ciência brasileira aumentou expressivamente tanto em termos quantitativos como qualitativos. Esse crescimento é resultado de esforços realizados em longo prazo para sistematizar e internacionalizar a atividade científica do país, como por exemplo, a participação intensa dos programas de pós-graduação (Almeida & Guimarães, 2013; Santin, Vanz, & Stumpf, 2016).

A meta dos últimos anos não é aumentar a quantidade de artigos, mas sua qualidade. Apesar de a produção científica brasileira estar crescendo acima da média mundial nos últimos anos, sobretudo a partir dos anos 1990, a participação do país na produção científica

internacional passou de apenas 1% para 2,5%, em 2013, permanece a queixa de que o número de citações dos artigos brasileiros no exterior se manteve estável, o que confirma os achados da pesquisa atual que apresentou um crescimento desde 2011 (Barata, 2015).

No que se refere à cognição, foram considerados como sinônimos vários termos dos achados da pesquisa. Isto se justifica pela complexidade que representa na aprendizagem humana emergente de múltiplas funções, capacidades, faculdades ou habilidades cognitivas interligadas de recepção, integração, planificação, execução ou expressão de informação. A cognição, o processo mental e a execução fazem parte da plenitude das faculdades mais imperceptíveis e superiores do ser humano, apresentando a impossibilidade de separar a função do sistema nervoso de qualquer forma de aprendizagem da mais natural, simples e não-verbal, para a mais cultural, complexa e verbal (Fonseca, 2014).

Em relação as amostras das pesquisas, tiveram uma média de 72,8 participantes e um desvio padrão de 38,1. Miot (2011) afirma que estudos investigativos clínico-epidemiológicos ou experimentais descrevem fenômenos ou comparam o comportamento de variáveis em subgrupos de uma população, logo, não se realiza o estudo de todo o universo populacional, pois não é necessário quando se dispõe de uma amostra representativa para a realização de inferências à população-alvo. Os testes bioestatísticos sugerem que a amostra pesquisada seja representada probabilisticamente na população.

Os instrumentos de pesquisa que foram mais citados nos artigos selecionados para o estudo foram MEEM, GDS, Instrumentos Sociodemográfico e/ou clínico e WHOQOL-BREF. Esses dados não se diferem do que se encontra na literatura atual, visto que muitos estudos utilizam na avaliação geriátrica os mesmos instrumentos (Anacleto, Aquino, & Rebustini, 2017; Araújo et al., 2017; Bourscheid, Mothes, & Irigaray, 2016; Rodrigues et al., 2017; Santos et al., 2017; Silveira & Portuquez, 2017).

Um estudo de Brigola et al. (2015) que objetivou analisar a relação entre cognição e fragilidade em pessoas idosas por meio de uma revisão sistemática da literatura, nas bases de dados LILACS, SCOPUS, SciELO, PsycINFO, PubMed e Web of Science, selecionou 19 estudos nos quais verificou-se que dos estudos transversais e longitudinais analisados incluíram o Mini-Exame do Estado Mental em sua avaliação cognitiva, com exceção de dois estudos. Dados esses que corroboram com o estudo atual no que se refere ao instrumento de pesquisa mais utilizado para avaliar o aspecto cognitivo.

Cheung et al. (2015) fizeram uma crítica à utilização do MEEM em estudos longitudinais. Eles pontuaram que a avaliação do estado cognitivo e a mudança ao longo do tempo em idosos, considerando os valores normativos do exame com base nas faixas etárias,

eram imprecisas. Esclareceram ainda que os dados normativos baseados na população sobre as mudanças no escore do exame ao longo do tempo eram escassos porque não incluíam normas específicas para a idade e a educação.

3.4 Considerações finais

Nos achados da pesquisa atual, o termo qualidade de vida foi o que apresentou maior número de ligações na rede de palavras-chave. Pontua-se que a literatura demonstra uma grande relevância social e científica da QV, a explicação mais precisa é o fato de possuir significados subjetivos diferenciando-se multidimensionalidade do termo, devendo ser considerada em diferentes perspectivas da ciência. Os esforços teórico-metodológicos têm contribuído para a clarificação e relativa maturidade do conceito, principalmente, a aplicação do conhecimento produzido na melhoria da qualidade de vida da população (Pereira, Texeira, & Santos, 2012; Seidl & Zannon, 2004).

De acordo com esta revisão sistemática da literatura, segundo bases de dados selecionadas metodologicamente, pode-se concluir que a cognição está associada à qualidade de vida principalmente quando relacionada às disfunções cognitivas em idosos. Entretanto, QV apresenta dimensões subjetivas variadas, logo, pontua-se a necessidade de se buscar especificar a relação entre esse termo e suas significações produzidas culturalmente como indicativo para futuros trabalhos de pesquisa.

Esta revisão apresentou um número significativo de estudos brasileiros no que se refere a realização e a publicação nesta área geográfica. Observou-se uma escassez de estudos sobre o assunto o que proporcionou uma limitação em relação à discussão dos resultados. Neste sentido, espera-se que os presentes resultados indiquem novas pesquisas sobre a relação entre a qualidade de vida e cognição no processo de envelhecimento, e que isso sirva de subsídio para a criação, avaliação e discussão de ações que envolvem atenção e cuidado na área da Gerontologia.

Referências

- Almeida, E. C. E., & Guimarães, J. A. A. (2013). *Pós-graduação e a evolução da produção científica brasileira*. São Paulo: editora senac.
- Anacleto, G. M. C., Aquino, R. C., & Rebustini, F. (2017). Quality of life in the elderly in a stretching program. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(1), 259-276. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p259-276>
- Araújo, G. K. N., Sousa, R. C. R., Souto, R. Q., Júnior, E. G. S., Eulálio, M. C., Alves, F. A. P., & Neri, A. L. (2017). Capacidade funcional e depressão em idosos. *Revista de enfermagem UFPE online*, 11(10), 3778-3786. <https://doi.org/10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201711>
- Barata, G. (2015). Em revisão: o impacto da produção científica brasileira para o Brasil. *Ciência e Cultura*, 67(4), 6-8. <http://doi.org/10.21800/2317-66602015000400003>
- Bento, T. (2014). Revisões sistemáticas em desporto e saúde: Orientações para o planeamento, elaboração, redação e avaliação. *Motricidade*, 10(2), 107-123. [http://doi.org/10.6063/motricidade.10\(2\).3699](http://doi.org/10.6063/motricidade.10(2).3699)
- Borba, E. M. (2013). *Medidas de Centralidade em Grafos e Aplicações em redes de dados*. (Dissertação de mestrado não-publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Bourscheid, F. R., Mothes, L., & Irigaray, T. Q. (2016). Memória em idoso: relação entre percepção subjetiva e desempenho em testes objetivos. *Estudos de psicologia* (Campinas), 33(1), 151-159. <http://doi.org/10.1590/1982-027520160001000015>
- Brigola, A. G., Rossetti, E. S., Santos, B. R., Neri, A. L., Zazzetta, M. S., Inouye, K., & Pavarini, S. C. I. (2015). Relationship between cognition and frailty in elderly: a systematic review. *Dement Neuropsychol*, 9(2), 110-119. <http://doi.org/10.1590/1980-57642015DN92000005>
- Chaves, R. N., Lima, P. V., Valença, T. D. C., Santana, E. S., Marinho, M. S., & Reis, L. A. (2017). Perda cognitiva e dependência funcional em idosos longevos residentes em instituições de longa permanência. *Cogitare Enfermagem*, 22(1), 01-09. <http://doi.org/10.5380/ce.v22i1.48497>
- Cheung, Y. B., Xu, Y., Feng, L., Feng, L., Nyunt, M. S., Chong, M. S., ... Ng T. P. (2015). Unconditional and Conditional Standards Using Cognitive Function Curves for the Modified Mini-Mental State Exam: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses in Older Chinese Adults in Singapore. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(9), 915-924. <http://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.08.008>
- Fadigas, I. S., Henrique, T., Senna, V., Moret, M. A., & Pereira, H. B. B. (2009). Análise de redes semânticas baseada em títulos de artigos de periódicos científicos: o caso dos periódicos de divulgação em educação matemática. *Educação Matemática Pesquisa*, 11(1), 167-193.
- Ferreira, L. S., Pinho, M. S. P., Pereira, M. W. M., & Ferreira, A. P. (2014). Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 247-251. <http://doi.org/10.5935/0034-7167.20140033>

- Fonseca, V. (2014). Papel das funções cognitivas, conativas e executivas na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. *Revista psicopedagogia*, 31(96), 236-253.
- Galvão, T. F., & Pereira, M. G. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(1), 183-184. <http://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>
- Higgins J. P. T., & Green S. (editors). (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]*. The Cochrane Collaboration. Recuperado em agosto 20, 2018, de <http://crtha.iums.ac.ir/files/crtha/files/cochrane.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2018). *Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060*. Recuperado em agosto 15, 2018, de <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>
- Lopes, G. L., & Santos, M. I. P. O. (2015). Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 18(1), 71-83. <http://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14013>
- Luz, D. C. R. P., Sampaio, J. R. F., Barros, E. L. D., & Santana, W. J. (2016). Qualidade de vida: um desafio para as ciências. *Revista e-ciência*, 4(1), 03-05. <http://doi.org/10.19095/rec.v4i1.167>
- Miot, H. A. (2011). Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *Jornal Vascular Brasileiro*, 10(4), 275-278.
- Miranda, G. M. D., Mendes, A. C. G., & Silva, A. L. A. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 19(3), 507-519. <http://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLOS Medicine*, 6(7), 1-6.
- Newman, M. E. J. (2005). A measure of Between centrality based on random walks. *Social Networks*, 27, 39-54. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2004.11.009>
- Organização Mundial da Saúde. (1998). *Promoción de la salud*: glosario. Ginebra: OMS.
- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-450. <http://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>
- Rodrigues, L. R., Tavares, D. S., Dias, F. A., Pegorari, M. S., Marchiori, G. F., Tavares, D. M. S. (2017). Qualidade de vida de idosos comunitários e fatores associados. *Revista de enfermagem UFPE online*, 11(3), 1430-1438. <https://doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1103sup201715>

- Saad, P. M. (2016). Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. *Séries Demográficas*, 3, 153-166.
- Santin, D. M., Vanz, S. A. S., & Stumpf, I. R. C. (2016). Internacionalização da produção científica brasileira: políticas, estratégias e medidas de avaliação. *Revista Brasileira de Pós-Graduação*, 13(30), 81-100. <http://doi.org/10.21713/2358-2332.2016.v13.923>
- Santos, L. F., Oliveira, L. M. A. C., Barbosa, M. A., Minamisava, R., Souza, B. N., & Nunes, D. P. (2017). Participação em grupo como recurso para promoção da saúde e qualidade de vida entre idosos. *Revista baiana de enfermagem*, 31(2), 1-12. <http://doi.org/10.18471/rbe.v31i2.17868>
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>
- Silveira, M. M., & Portuguese, M. W. (2017). Analysis of life quality and prevalence of cognitive impairment, anxiety, and depressive symptoms in older adults. *Estudos de psicologia* (Campinas), 34(2), 261-268. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000200007>

4 Estudo 2: Perfil Demográfico e Socioeconômico, Hábitos de Vida e Saúde de Idosos Residentes em Contextos Urbano e Rural do Município de Belém-PA

4.1 Introdução

O Brasil apresentou considerável crescimento no número de idosos nos últimos anos passando de um contingente de 9,8% da população, em 2005, para 14,3% da população, em 2015, fato este que deverá ter continuidade nas próximas décadas, segundo as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018).

A elevada frequência de doenças crônicas, característica da transição epidemiológica ocorrida no Brasil, torna mais relevante a análise dos hábitos de vida da população idosa. A adoção de hábitos saudáveis é importante em todas as faixas etárias, sobretudo entre idosos, pois poderá prevenir e controlar a progressão de doenças, favorecendo uma qualidade de vida (Cavalcanti, Oliveira, Medeiros, & Távora, 2019).

Envelhecer com menores índices de doenças não transmissíveis depende de fatores não modificáveis, como sexo, idade e fatores genéticos, e fatores modificáveis, como alimentação, prática de atividade física, comportamento preventivo, estresse, vida social, entre outros, cujos mesmos são influenciados pelas condições socioeconômica, cultural e ambiental (Brasil, 2010).

A OMS propõe uma nova concepção de envelhecimento ativo mais abrangente que integre numa perspectiva multidimensional os vários domínios da vida pessoal e social e que contrarie a tendência para uma visão redutora. Este aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, permitindo que as pessoas compreendam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, participem ativamente na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades; e ao mesmo tempo tenham acesso a proteção, segurança e cuidados adequados (Veloso, 2015).

Nesta perspectiva, os dados apresentados no *Estudo 2* focalizam a caracterização e comparação dos idosos residentes em contextos urbano e rural do município de Belém-PA. Logo, objetivou-se caracterizar e comparar as condições demográficas, socioeconômicas, hábitos de vida e condições de saúde desses idosos; foram comparadas as variáveis demográficas e socioeconômicas nas categorias faixa etária, local de moradia, sexo, estado conjugal, escolaridade, renda pessoal e familiar mensal, participação de grupos na comunidade, visita amigos e familiares, recebe visita de amigos e familiares; as variáveis de hábitos de vida e saúde em relação a atividade de lazer, atividade física, alimentação, problemas de saúde, e uso de medicamentos.

4.2 Método

O delineamento deste estudo é do tipo transversal e quase experimental, com abordagem quantitativa dos dados.

4.2.1 Participantes

Participaram do estudo 194 idosos, dentre eles, 104 residentes em contextos urbanos e 90 em rurais do município de Belém, Pará, que preencheram todos os critérios de inclusão na pesquisa.

4.2.2 Instrumentos

Os dados foram sistematizados e coletados com o auxílio do questionário de caracterização dos participantes (Apêndice A). O questionário caracteriza-se por perguntas objetivas e subjetivas que servem como base para a identificação dos aspectos pessoal, demográfico, socioeconômico, hábitos de vida e saúde. Foi constituído por 17 itens, as variáveis são referentes ao nome, idade, data de nascimento, local de moradia, sexo, estado conjugal, escolaridade, renda pessoal mensal, renda familiar mensal, atividade de lazer, participação de grupos na comunidade, visita amigos e familiares, recebe visita de amigos e familiares, atividade física, alimentação, problemas de saúde e uso de medicamentos.

4.2.3 Procedimentos para a análise de dados

Os dados foram tabulados e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0. Visando a comparação entre idosos urbano e rural, utilizou-se na análise inferencial das variáveis categóricas que foram analisadas pelo Teste *Qui-quadrado* e/ou Teste *G* para análise das associações. Em todas as análises foi adotado um nível de significância de 5%.

4.3 Resultados e Discussão

4.3.1 Características demográficas e socioeconômicas

A Tabela 03 descreve as variáveis demográficas e socioeconômicas dos idosos nos contextos urbano e rural. Verificou-se que de maneira geral 57,7% dos idosos possuem a faixa etária de 65 a 74 anos, 67,3% do contexto urbano e 46,6% do rural. Pontua-se ainda que os idosos residentes no contexto rural possuem maior longevidade comparado ao idoso urbano. O

sexo feminino é predominante com total de 64%, 73% urbano e 53,3% rural. Sobre o local de moradia, no contexto urbano há 104 idosos no total contemplando os bairros Guamá (59) e Pedreira (45), enquanto que no rural são 90 que incluem as ilhas Caratateua (18), Combú (13), Cotijuba (31) e Mosqueiro (28). No que se refere ao estado conjugal, os idosos no total tiveram um maior quantitativo de casados (44,3%). A maioria dos idosos possuem o Ensino Fundamental Incompleto com 62,9% no total, 65,3% urbano e 60% rural. A renda pessoal mensal total que se destacou foi de um salário mínimo (66,3%) e a renda familiar mensal total (49%) que predominou foi de três a quatro salários mínimos, 52% urbano e 45,5% rural. Ressalta-se que a renda pessoal e familiar é mais alta na população idosa urbana. Houve diferença estatisticamente significativa entre os contextos nas variáveis faixa etária ($p = 0,01$), sexo (0,006), escolaridade (0,01) e renda familiar mensal (0,005).

Tabela 03

Variáveis demográficas e socioeconômicas dos idosos. Belém, Pará, Brasil, 2020.

Características		Contextos				Total		Teste Qui-quadrado χ^2	P-valor
Variáveis	Categorias	Urbano	%	Rural	%	N	%		
Faixa Etária	65 |--- 74	70	67,3%	42	46,6%	112	57,7%	8,55	0,01*
	75 |--- 84	26	25%	35	39%	61	31,4%		
	85 |--- 94	8	7,7%	13	14,4%	21	10,8%		
Sexo	Masculino	28	27%	42	46,7%	70	36%	7,32	0,006*
	Feminino	76	73%	48	53,3%	124	64%		
Local de Moradia	Guamá	59	57%			59	30,3%	267,92	0,001*
	Pedreira	45	43%			45	23%		
	Caratateua			18	20%	18	9,3%		
	Combú			13	14,5%	13	7%		
	Cotijuba			31	34,5%	31	16%		
	Mosqueiro			28	31%	28	14,4%		
Estado conjugal	Solteiro	15	14,4%	10	11,1%	25	13%	3,73	0,291
	Casado	40	38,4%	46	51,1%	86	44,3%		
	Viuvo	37	36%	23	25,5%	60	31%		
	Outros	12	11,5%	11	12,2%	23	12%		
Escolaridade	Sem	5	5%	15	16,6%	20	10,3%	16,33	0,01*
	EFI	68	65,3%	54	60%	122	62,9%		
	EFC	4	4%	6	6,6%	10	5,2%		
	EMI	5	5%	8	8,8%	13	6,7%		
	EMC	13	12,5%	5	5,5%	18	9,3%		
	ES	7	7%	2	2,2%	9	4,6%		
	Mestrado	2	2%	0	0	2	1%		
Renda Pessoal mensal	01 SM	64	61,5%	64	71,1%	128	66,3%	3,54	0,31
	02 a 3 SM	25	24%	15	17%	40	20,6%		
	4 ou +	12	11,5%	6	6%	18	9,3%		
	Não Informado	3	3%	5	5,5%	8	4,1%		
Renda Familiar mensal	2 SM	25	24%	39	43,3%	64	33%	12,70	0,005*
	3 a 4 SM	54	52%	41	45,5%	95	49%		
	5 ou +	19	18,2%	5	5,5%	24	12,4%		
	Não Informado	6	5,8%	5	5,5%	11	5,6%		
TOTAL GERAL		90	46,4%	104	53,6%	194	100%		

Nota. Elaborado pela autora a partir da utilização do banco de dados do Estudo Envelhecimento na Amazônia. EFI: Ensino Fundamental Incompleto; EFC: Ensino Fundamental Completo; EMI: Ensino Médio Incompleto; EMC: Ensino Médio Completo; ES: Ensino Superior; SM: Salário Mínimo.

*P-valor significante a 5%.

O perfil demográfico e socioeconômico da amostra retrata uma população idosa, composta em sua maioria por mulheres (64%), caracterizada pelo maior predomínio no contexto urbano (73%) quando comparado ao rural (53,3%). O destaque para a população feminina pode estar relacionado à maior longevidade das mulheres, o que caracteriza a feminização do envelhecimento. Outros estudos encontraram resultados semelhantes e atribuíram às mulheres atitudes mais positivas em relação à saúde, com menor exposição aos fatores de risco do que os homens (Silveira & Portuguese, 2017; Chaves, Santos, Alves, & Filho, 2015; Santos, Pavarini, Brigola, Orlandi, & Inouye, 2014; Lima, Araújo & Scattolin, 2016).

Verificou-se no estudo em tela que 57,7% dos idosos possuem a faixa etária de 65 a 74 anos, 67,3% do contexto urbano e 46,6% do rural. Como comparação, destaca-se o estudo de Silveira e Portuguese (2017), corroborou com os dados da pesquisa atual, demonstrou que a idade média dos participantes foi de $66,61 \pm 5,638$ anos; além disso, 78,3% dos participantes foram do sexo feminino e 21,7% do masculino. A maioria deles (75%) tinha idade entre 60 e 69 anos. Outro estudo que se assemelha aos dados encontrados foi o de Santos, Pavarini, Brigola, Orlandi e Inouye (2014), os idosos tinham entre 60 e 79 anos, com uma média de idade de aproximadamente 67,5 anos ($\pm 5,92$), com predomínio de idosos entre 60 e 64 anos, destes, 91,3% ($n = 21$) eram do sexo feminino.

No que se refere aos estudos brasileiros que pesquisaram especificamente a comunidade urbana e rural, os dados se aproximam aos achados da pesquisa atual. Pontua-se o estudo de Júnior, Eulálio, Souto, Santos, Melo e Lacerda (2019), numa amostra de 86 idosos do contexto urbanos, identificaram uma média de idade foi de 75,7 anos ($DP = 5,35$), com predomínio de mulheres (72,1%; $n = 62$).

Já em pesquisas na comunidade rural os dados também corroboraram, verificou-se que Preto, Conceição, Amaral, Figueiredo e Preto (2018) encontraram em um estudo transversal uma amostra com média de 74,3 anos ($\pm 7,1$) maioritariamente feminina (62,3%). Assim como o estudo Pinto, Lange, Pastore, Llano, Castro e Santos (2016) demonstraram que na amostra da sua pesquisa também houve predominância do sexo feminino (56,1%), com média de idade de 70 anos e terem companheiros (71,5%). Além disso, investigou a escolaridade e identificou que a média é de quatro anos de estudo; além desses dados, pontua que 91,8% dos idosos eram aposentados e a renda de um a dois salários mínimos (80,1%). Resultados estes que se aproximaram do estudo atual, nos quais a maioria dos idosos do estudo em questão possui o Ensino Fundamental Incompleto com 62,9% no total, 65,3% rural e 60% urbano. A renda pessoal mensal total que se destacou foi de um salário mínimo (66,3%), 61,5% e 71,1%, e a

renda familiar mensal total (49%) que predominou foi de três a quatro salários mínimos, 52% e 45,5% respectivamente.

Alguns dados encontrados no estudo em tela não corroboram com os resultados encontrados na pesquisa de Santos, Pavarini, Brigola, Orlandi e Inouye (2014), a respeito do estado civil, a maioria era viúva 47,83% (n = 11), seguido por casado 39,13% (n = 9), e a maioria dos idosos possuía renda individual de um para dois salários mínimos, 52,17% (n = 12).

No que concerne às diferenças, vê-se a discrepância do perfil demográfico e socioeconômico em termos de escolarização e rendimento. A amostra rural idosa é representada pela baixa escolaridade que viveram na infância, juventude e parte da fase adulta antes da Constituição Federal (CF) de 1988 e suas políticas correlatas, Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso, portanto, sem garantias legais de direitos. Isso cria uma diferença social e econômica entre eles e os sujeitos que nasceram não só após a promulgação da CF como aqueles que residiam em centros urbanos, tendo sua experiência geracional marcada por governos democráticos e políticas sociais centradas na seguridade social, expansão do ensino, crescimento econômico, redução severa da fome e da pobreza extrema, aumento da mobilidade social e dos direitos trabalhistas (Ferreira, Leeson, & Melhado, 2019).

Pontua-se que dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) revelam que em 2012, a taxa de analfabetismo das pessoas com 15 anos ou mais, residentes na zona rural, foi de 21,12%. Apesar do número elevado, este valor foi 8,7% mais baixo que no ano 2000, sugerindo que os espaços rural e urbano estejam se tornando mais equilibrados.

De acordo com Neri e Guariento (2011), é importante melhorar as condições socioeconômicas principalmente nos países emergentes como o Brasil para possibilitar uma boa qualidade de vida aos idosos em sua velhice. O envelhecimento, como um processo social e vital multifacetado ao longo de todo o curso da vida, resulta do processo de gerações que vivenciaram e vivenciam dentro de contextos sociais, políticos e individuais diversos.

4.3.2 Hábitos de vida e condições de saúde

A Tabela 04 apresenta as variáveis que se referem aos hábitos de vida e condições de saúde dos idosos dos contextos urbano e rural. Observou-se 51,5% realizavam atividade de lazer, 60% idosos do contexto rural e 46% do urbano. A maioria dos idosos de ambos os contextos mencionaram participar de grupos na comunidade (59,2%), 64,4% visitam e 69,5% recebem visitas de amigos e familiares. Em relação a prática de atividade física, foi identificado que 58,7% dos participantes não realizavam, a maioria (67%) fazia quatro ou mais refeições

durante o dia. Houve predomínio de idosos com problemas de saúde (85,56%) e uso de medicamentos (81,9%). Foi encontrada diferença significativa entre os contextos na variável atividade de lazer ($p = 0,004$).

Tabela 04

Variáveis hábitos de vida e saúde dos idosos. Belém, Pará, Brasil, 2020.

Características		Contexto				Total		Teste Qui-quadrado χ^2	P-valor
Variáveis	Categorias	Urbano	%	Rural	%	N	%		
Atividade de Lazer	Não	58	55,7	36	40	94	48,4	4,190	0,004*
	Sim	46	44,2	54	60	100	51,5		
Participação de grupos na Comunidade	Não	61	58,6	54	60	115	59,2	0,002	0,965
	Sim	43	41,3	36	40	79	40,7		
Visita amigos e familiares	Não	40	38,4	29	32,2	69	35,5	0,570	0,45
	Sim	64	61,5	61	67,7	125	64,4		
Recebe visita de amigos e familiares	Não	31	29,8	28	31,1	59	30,4	0,002	0,967
	Sim	73	70,1	62	68,8	135	69,5		
Atividade Física	Não	56	53,8	58	64,4	114	58,7	1,820	0,177
	Sim	48	46,1	32	35,5	80	41,2		
Alimentação	1 Refeição	1	0,9	0	0	1	0,5	4,320	0,220
	2 Refeição	3	2,8	3	3,3	6	3		
	3 Refeição	25	24	32	35,5	57	29,3		
	4 ou + Refeições	75	72,1	55	61,1	130	67		
Problemas de Saúde	Não	15	14,4	13	14,4	28	14,4	0,040	0,841
	Sim	89	85,5	77	85,5	166	85,5		
Uso de Medicamento	Não	18	17,3	17	18,8	35	18	0,01	0,92
	Sim	86	82,6	73	81,1	159	81,9		

Nota. Elaborado pela autora a partir da utilização do banco de dados do Estudo Envelhecimento na Amazônia.

*P-valor significante a 5%.

O envolvimento em atividades prazerosas tem sido definido como a prática de atividades ou vivências de eventos que tragam sentimentos positivos ao idoso, tendo por base dois parâmetros: frequência em atividades potencialmente agradáveis e prazer experimentado ao envolver-se na atividade (Ferreira & Barham, 2018; Rider, Gallagher-Thompson, & Thompson, 2016).

No que se refere a esta atividade, o estudo atual identificou que os idosos do contexto rural (60%) realizam mais atividades de lazer do que idosos urbanos (46%). Fato este que pode estar associado a uma história de vida difícil no contexto urbano, com muito trabalho e privações. O idoso pode apresentar dificuldade em adquirir novos hábitos, constituindo um

aspecto negativo em sua atitude frente ao lazer e no que se relaciona ao envelhecimento saudável. Portanto, evidenciar o papel transformador do lazer para os idosos torna-se essencial para que estes possam desfrutar de uma vida mais descontraída e com maior socialização (Ferrari, Baldissera, Lange, Carreira, & Silva, 2016).

Um outro ponto relevante para ser discutido foi o elevado quantitativo de idosos com problemas de saúde (85,56%) e que fazem uso de medicamentos (81,95%). Entende-se que a transição demográfica e epidemiológica traz grandes desafios, pois é responsável pelo surgimento de novas demandas de saúde, especialmente as doenças crônicas e de incapacidades funcionais, resultando em maior e mais prolongado uso de serviços de saúde em decorrência dos problemas de saúde, e consequentemente, uso de medicamentos. Neste sentido, os idosos são acometidos por problemas de saúde de caráter crônico e demonstram também limitações em sua mobilidade e habilidade no desempenho de algumas atividades básicas da vida diária (Barbosa, Costa, Pontes, Batista, Oliveira, & Fernandes, 2017).

Pontua-se, de acordo com Neri (2007), que envelhecer não é sinônimo de doença, inatividade e contração geral no desenvolvimento. Na literatura gerontológica, envelhecer é considerado um evento progressivo e multifatorial, e a velhice é uma experiência potencialmente bem-sucedida, porém, heterogênea, e vivenciada com maior ou menor qualidade de vida.

Para se envelhecer de forma saudável, é fundamental aumentar as oportunidades para que os indivíduos possam optar por um estilo de vida mais adequado, que inclui mudanças de hábitos alimentares e atividade física regular e, consequentemente, o controle da saúde física e psicológica. Neste sentido, o envelhecer bem não é apenas responsabilidade do indivíduo e, sim, um processo que deve ser respaldado por políticas públicas e por iniciativas sociais e de saúde ao longo do curso da vida (OMS, 2005).

4.4 Considerações Finais

O perfil demográfico e socioeconômico demonstrou diferenciação entre os contextos. No contexto rural há maior expectativa de vida e atividade de lazer, porém possui baixa escolaridade; já no contexto urbano predominam as mulheres e a renda familiar mensal é maior.

A partir dos dados encontrados, observamos que as ilhas amazônicas são caracterizadas pelo distanciamento geográfico dos centros urbanos que dificultam melhores condições ao acesso à educação, à saúde, ao saneamento básico, lazer, entre outros elementos necessários à vida humana. Essas carências são facilmente verificadas nas comunidades rurais que, por outro

lado, vem sendo reivindicada pelos moradores para minimizar os problemas, como acesso para melhorias de suas vidas e perspectivas mais adequadas para as novas gerações.

As atividades laborais desenvolvidas nos contextos influenciam na diferenciação da renda familiar mensal, ou seja, atividades características de áreas urbanas, como indústria, comércio, transporte e serviço público geram maior renda comparado atividades desenvolvidas pelos rurais, marcada pelas atividades de extrativismo animal e vegetal.

O lazer, como um hábito de vida, encontrou-se mais fortemente desenvolvido pelos idosos do contexto rural. Foram constatados as influências dos ambientes de convívio e lazer deste meio, e conseqüentemente, as diversas opções naturais (praias, rios, igarapés, trilhas, entre outros) e eventos sociais (igreja, grupos comunitários de idosos, encontros familiares e vizinhos, entre outros) que contribuem para a realização do lazer nas ilhas belenenses. O lazer nesse contexto é visto como prática de manutenção para o convívio social, da saúde e do exercício da cidadania.

Logo, o envelhecimento tem sido muito discutido na última década, sobretudo por seu significativo crescimento. Neste sentido, caracterizar e comparar o perfil demográfico, socioeconômico, hábitos de vida e saúde dos idosos dos contextos urbano e rural do município de Belém favorece o conhecimento deste grupo etário, tornando evidente a necessidade de ampliação da oferta de serviços especializados aos mesmos.

Tendo a compreensão de que o presente trabalho não esgotou o debate sobre as variáveis expostas, esperamos ter contribuído para acrescentar mais fatores a serem pensado sobre a vida da população idosa, em ambos os contextos, gerando estudos e políticas de planejamento. Portanto, é necessária a efetivação de políticas públicas, da assistência técnica e demais métodos que venham a privilegiar a organização e o planejamento desses idosos.

Referências

- Barbosa, K. T. F., Costa, K. N. F. M., Pontes, M. L. F., Batista, P. S. S., Oliveira, F. M. R. L., & Fernandes, M. G. M. (2017). Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, 26(2), 1-10.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Brasília, DF, 44p.
- Cavalcanti, M. V. A., Oliveira, L. P. B. A, Medeiros, A. C. Q., & Távora, R. C. O. (2019). Hábitos de vida de homens idosos hipertensos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180115>.
- Chaves, A. S. C., Santos, A. M., Alves, M. T. S. S. B., & Filho, A. N. S. (2015). Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(3), 545-556. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14043>
- Ferrari, R. F. R., Baldissera, V. D. A., Lange, C., Carreira, L., & Silva, E. S. (2016). Atitude do idoso da comunidade frente ao lazer: uma interface com a promoção da saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(4), 1-10.
- Ferreira, H.G., & Barham, E.J. (2018). Relationships between pleasant events, depression, functionality and socio-demographic variables in the elderly. *Paidéia*, 28, e2815. doi: 10.1590/1982-432
- Ferreira, J. P., Leeson, G., & Melhado, V. R. (2019). Cartografias do envelhecimento em contexto rural: notas sobre raça/etnia, gênero, classe e escolaridade. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(1), 1-20.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). *Projeção da população do Brasil e das unidades da Federação – 2018* [Internet]. Brasília (DF); 2018 [citado 2018 ago 28]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>.
- Júnior, S., Eulálio, M. C., Souto, R. Q., Santos, K. L., Melo, R. L. P., & Lacerda, A. R. (2019). A capacidade de resiliência e suporte social em idosos urbanos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 7-16.
- Lima, B. M., Araújo, F. A., & Scattolin, F. A. A. (2016). Qualidade de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. *ABCS Health Sciences*, 41(3), 168 - 175.
- Lomba, R. M., & Fonseca, M. B. S. (2017). Modos de vida ribeirinho na comunidade Foz do Rio Mazagão – Mazagão (AP/Brasil). *Ateliê Geográfico*, 11(1), 257-276.
- Neri, A. L. (Org.). (2007). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea. Neri A. L., & Guariento, M. E. (Orgs.). (2011). *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA* Campinas. Campinas: Alínea.

- Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- Pinto, A. H., Lange, C., Pastore, C. A., Llano, P. M. P., Castro, D. P., & Santos, F. (2016). Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21(11). <http://dx.doi.org/10.1590/812320152111.22182015>
- Preto, L. S. R., Conceição, M. C. D., Amaral S. I. S., Figueiredo, T. M., & e Preto P. M. B. (2018). Fragilidade e fatores de risco associados em pessoas idosas independentes residentes em meio rural. *Revista de Enfermagem Referência*, 16, 73-84.
- Rider, K., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. (2016). California Older Person's Pleasant Events Schedule: A tool to help older adults increase positive experiences. *Clinical Gerontology*, 39(1), 64-83. doi: 10.1080/07317115.2015.1101635.7e2815.
- Santos, B. R., Pavarini, S. C. I., Brigola, A. G., Orlandi, F. S., & Inouye, K. (2014). Factors associated with quality of life in elderly undertaking literacy programs. *Dement Neuropsychol*, 8(2), 169-174.
- Silveira, M. M., & Portuguese, M. W. (2017). Analysis of life quality and prevalence of cognitive impairment, anxiety, and depressive symptoms in older adults. *Estudos de psicologia* (Campinas), 34(2), 261-268. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000200007>
- Veloso, A. S. T. (2015). *Envelhecimento, saúde e satisfação: efeitos do envelhecimento ativo na qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Portugal, 105p.

5 Estudo 3: Condições Habitacionais e Rotina de Idosos Residentes em Contextos Urbano e Rural do Município de Belém-PA

5.1 Introdução

O grande contingente populacional de idosos brasileiros na atualidade tem que enfrentar não apenas as demandas físicas e de saúde advindas do próprio processo de envelhecimento, mas também a crise social e econômica pela qual passa a sociedade brasileira. Este evento reforça a necessidade de ampliar a compreensão das implicações que o envelhecimento populacional traz para a sociedade e, assim, para a questão habitacional (Freire & Carneiro Junior, 2017).

Teixeira e Neri (2008) consideram que “o envelhecimento bem-sucedido se aproxima de um princípio organizacional para alcance de metas, que ultrapassa a objetividade da saúde física, expandindo-se em um *continuum* multidimensional”, que envolve múltiplos fatores individuais, sociais e ambientais enquanto determinantes e modificadores da saúde.

Contudo, o envelhecimento populacional e o desenvolvimento urbano são processos distintos, heterogêneos e igualmente complexos. Em relação ao direito à moradia digna para a pessoa acima de 60 anos, o ideal seria considerar a preferência, a percepção e a necessidade do morador, transmitindo a sensação de agradabilidade e de pertencimento ao lugar. Neste sentido, a moradia digna deveria atender aos desejos pessoais de onde e como se deseja morar. Entre a moradia e o local da habitação é necessário haver uma troca continua no sentido de transformar o local em um lugar na totalidade da sua essência (Monteiro, Varoto, Silva, & Freire, 2017).

Ainda sobre o aspecto habitacional, Perracini (2017) destaca que as formas de desempenho nas atividades cotidianas podem ser agravadas ou amenizadas por meio dos atributos do ambiente. Ou seja, o ambiente pode consistir em barreira ou mesmo facilitador da capacidade funcional. Para que o idoso se mantenha em constante interação com o meio, este local deve lhe proporcionar condições para isso, e, portanto, ser funcional, o que corresponde ao ajuste às necessidades deste segmento etário, em prol do envelhecimento ativo.

Para tanto, o meio ambiente físico ou social pode refletir uma experiência positiva ou negativa sobre o envelhecimento, bem como pode ocorrer uma diferenciação para o idoso que reside em contextos urbano e rural, sendo um facilitador ou uma barreira para desempenho das atividades rotineiras. Neste sentido, o *Estudo 3* tem como objetivo caracterizar o contexto habitacional e a rotina dos idosos residentes em contextos urbanos e rurais do município de Belém-PA; comparar o contexto habitacional desses idosos nas categorias moradia e construção; eletrodomésticos e móveis; energia elétrica; abastecimento de água; destino do lixo;

e destino do esgoto; bem como, comparar as ocupações realizadas durante a semana e no final de semana.

5.2 Método

O delineamento deste estudo é do tipo transversal e quase experimental, com abordagem quantitativa dos dados.

5.2.1 Participantes

Participaram do estudo 194 idosos, dentre eles, 104 residentes em contextos urbanos e 90 em rurais do município de Belém, Pará, que preencheram todos os critérios de inclusão na pesquisa.

5.2.2 Instrumentos

Os instrumentos para a coleta de dados utilizados para este estudo foram: questionário das condições habitacionais (Apêndice B) e o roteiro da rotina semanal (Apêndice C).

O questionário das condições habitacionais caracteriza-se por perguntas objetivas que servem como base para a análise do ambiente no que se refere às condições habitacionais. O questionário foi constituído por 10 itens, as variáveis foram referentes ao contexto, tipo de moradia, tipo de construção, arranjo espacial da moradia, posse de eletrodomésticos e móveis, energia elétrica, abastecimento de água, tratamento da água, destino do lixo domiciliar e destino do esgoto domiciliar.

Já o roteiro da rotina semanal caracteriza-se por perguntas subjetivas no que se refere às atividades que são realizadas durante a semana (segunda-feira a sexta-feira) e no final de semana (sábado, domingo e feriado), constituído de dois quadros respectivamente. Em cada quadro há divisões nos turnos manhã, tarde e noite. Para organizar as atividades mencionadas pelos idosos, utilizou-se a Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo, documento oficial da Associação Americana de Terapia Ocupacional [AOTA] (2014), que determina as ocupações em oito grupos, sendo elas: Atividades de Vida Diária (Banhar e tomar banho no chuveiro, usar vaso sanitário e realizar higiene íntima, vestir, deglutir/comer, alimentar, mobilidade funcional, cuidado com equipamentos pessoais, higiene pessoal, cuidado com o corpo, pelos, unhas e dentes), Atividades Instrumentais de Vida Diária (cuidar de outros, cuidar de animais, educar crianças, gerenciamento de comunicação, dirigir e mobilidade na comunidade, gerenciamento financeiro, gerenciamento e manutenção da saúde,

estabelecimento e gerenciamento do lar, preparar refeições e limpeza, atividades de expressão religiosa e espiritual, segurança e manutenção emergencial, e fazer compras), Descanso e Sono (descansar, preparação para o sono e participação do sono), Educação (participação na educação formal, exploração das necessidades ou interesses pessoais em educação informal e participação na educação pessoal informal), Trabalho (interesse e busca por emprego, procura e aquisição de emprego, desempenho no trabalho, adequação e preparação para a aposentadoria, explorar trabalho voluntário e participação em voluntariado), Brincar (brincar exploratório e participação no brincar), Lazer (exploração do lazer e participação no lazer) e Participação Social (comunidade, família, pares e amigos).

5.2.3 Procedimentos para a análise de dados

Os dados foram tabulados e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0. Visando a comparação entre idosos urbanos e rurais, utilizou-se na análise inferencial das variáveis categóricas que foram analisadas pelo Teste *Qui-quadrado* e/ou Teste *G* para análise das associações. Em todas as análises foi adotado um nível de significância de 5%.

5.3 Resultados e discussão

5.3.1 Condições habitacionais

A Tabela 05 apresenta as variáveis das condições habitacionais do domicílio dos idosos nos contextos urbano e rural. Referente ao tipo de moradia, observou-se que 93,8% possuem casa própria. Em relação ao tipo de construção, a maioria das casas era de alvenaria (84,5%), 91,3% urbano e 76,6% rural, e o arranjo espacial da moradia teve predomínio com a presença dos cômodos sala, quarto, cozinha e banheiro (89,1%). A única variável significativa encontrada foi o tipo de construção ($p = 0,01$).

Tabela 05

Variáveis das condições habitacionais dos idosos. Belém, Pará, Brasil, 2020.

Moradia/Construção		Contexto				Total		Teste	
Variáveis	Categorias	Urbano	%	Rural	%	n	%	Qui- quadrado X ²	P- valor
Tipo de Moradia	Própria	99	95,1	83	92,2	182	93,8		
	Alugada	4	3,8	4	4,4	8	4,1	1,44	0,485
	Cedida/Terceiros	1	0,9	3	3,3	4	2		
Tipo de Construção	Alvenaria	95	91,3	69	76,6	164	84,5		
	Madeira	5	4,8	13	14,4	18	9,2	8,04	0,01*
	Mista	4	3,8	8	8,8	12	6,1		
Arranjo Espacial da moradia	Sala/Quarto/ Cozinha/Banheiro	93	89,4	80	88,8	173	89,1		
	Sala/Cozinha/ Banheiro	2	1,9	3	3,3	5	2,5	3,63	0,303
	Sala/Banheiro	2	1,9	4	4,4	6	3		
	Quarto/Cozinha/ Banheiro	7	6,7	3	3,3	10	5,1		

Nota. Elaborado pela autora a partir da utilização do banco de dados do Estudo Envelhecimento na Amazônia.

*P-valor significante a 5%.

Verificou-se na Tabela 06 que 57,7% dos participantes mencionaram ter aparelho de som, 67,3% do contexto urbano e 46,6% do rural; 67% máquina de lavar, 78,8% e 53,3% respectivamente; e 89,6% ventilador, 94,2% e 84,4. Além disso, 87,1% não possuem batedora de açaí, 98% urbano e 74,4% rural; e 87,6% também não possuem telefone rural, 96,1% e 77,7%, respectivamente. Apresentaram diferenças significativas: aparelho de som ($p = 0,005$), máquina de lavar ($p = 0,000$), ventilador (0,04), batedora de açaí ($p = 0,001$) e telefone rural ($p = 0,000$). Considerou-se na variável “outros” os eletrodomésticos e móveis geladeira, fogão, televisão, cama, entre outros.

Tabela 06

Variáveis habitacionais dos idosos – Eletrodomésticos e/ou móveis. Belém, Pará, Brasil, 2020.

Eletrodomésticos/Móveis		Contexto				Total		Teste	
Variáveis	Categorias	Urbano	%	Rural	%	N	%	Qui-quadrado X ²	P-valor
Aparelho de Som	Sim	70	67,3	42	46,6	112	57,7	7,63	0,005*
	Não	34	32,6	48	53,3	82	42,2		
Máquina de Lavar	Sim	82	78,8	48	53,3	130	67	13,18	0,000*
	Não	22	21,1	42	46,6	64	32,9		
Ventilador	Sim	98	94,2	76	84,4	174	89,6	4,03	0,04*
	Não	6	5,7	14	15,5	20	10,3		
Batedora de Açai	Sim	2	1,9	23	25,5	25	12,8	24,27	0,001*
	Não	102	98	67	74,4	169	87,1		
Telefone Rural	Sim	4	3,8	20	22,2	24	12,3	14,06	0,000*
	Não	100	96,1	70	77,7	170	87,6		
Outros	Sim	19	18,2	24	26,6	43	22,1	1,51	0,218
	Não	85	81,7	66	73,3	151	77,8		

Nota. Elaborado pela autora a partir da utilização do banco de dados do Estudo Envelhecimento na Amazônia.

*P-valor significante a 5%.

Em relação à energia elétrica apresentada na Tabela 07, a maioria dos idosos (90,7%) possui em seu domicílio um relógio próprio. A única variável significativa foi o gerador ($p = 0,03$), no qual 5,5% dos idosos no contexto rural o possuem. Verificou-se que o abastecimento de água das residências teve predomínio a rede pública encanada (49,4%), 78,8% urbano e 15,5% rural; seguida da utilização de poço (31,9%), 7,6% e 60% respectivamente. Destacaram como variáveis significativas o rio (0,0007), a rede pública/encanada ($p = 0,0001$) e poço ($p = 0,001$). Ainda referente à água abastecida, 51% dos participantes mencionaram que a mesma recebe algum tratamento pela rede pública e pelos próprios moradores, 42,3% urbano e 61,1% rural, variável significativa ($p = 0,03$).

Tabela 07

Variáveis habitacionais dos idosos – Energia elétrica e Abastecimento de água. Belém, Pará, Brasil, 2020.

Variáveis	Categorias	Contexto				Total		Teste G	P-valor
		Urbano	%	Rural	%	n	%		
Energia Elétrica									
Relógio Próprio	Sim	95	91,3	81	90	176	90,7	0,005	0,940
	Não	9	8,6	9	10	18	9,2		
Relógio Comunitário	Sim	5	4,8	1	1,1	6	3	1,20	0,272
	Não	99	95,1	89	98,8	188	96,9		
Gerador	Sim	0	0	5	5,5	5	2,5	4,38	0,03*
	Não	104	100	85	94,4	189	97,4		
Abastecimento de água									
Rio	Sim	0	0	7	7,7	7	3,6	7,23	0,007*
	Não	104	100	83	92,2	187	96,3		
Rede Pública/Encanada	Sim	82	78,8	14	15,5	96	49,4	80,82	0,0001*
	Não	22	21,1	76	84,4	98	50,5		
Poço	Sim	8	7,6	54	60	62	31,9	62,70	0,001*
	Não	96	92,3	36	40	132	68		
Recebe Algum Tratamento	Sim	44	42,3	55	61,1	99	51	6,58	0,03*
	Não	41	39,4	25	27,7	66	34		
	NSR	19	18,2	10	11,1	29	14,9		

Nota. Elaborado pela autora a partir da utilização do banco de dados do Estudo Envelhecimento na Amazônia.

NSR: Não sabia responder.

*P-valor significativa a 5%.

A Tabela 08 se refere ao destino do lixo domiciliar, observou-se que em 90,2% residências utilizam a coleta pública, sendo estatisticamente significantes as variáveis coleta pública ($p = 0,0001$) e queimado ($p = 0,0001$). A maioria dos idosos respondeu que o destino do esgoto do seu domicílio é realizado pela rede pública (59,2%), 86,5% urbano e 27,7% rural, seguido da utilização da fossa (30,4%), 10,5% e 53,3%, apresentando significância as variáveis rede pública ($p = 0,0001$), céu aberto ($p = 0,006$) e fossa ($p = 0,0001$).

Tabela 08

Variáveis habitacionais dos idosos – Energia elétrica e Abastecimento de água. Belém, Pará, Brasil, 2020.

Variáveis	Categorias	Contexto				Total		Teste	P-valor
		Urbano	%	Rural	%	N	%	Qui-quadrado X²	
Destino do Lixo									
Coleta Pública	Sim	104	100	71	78,8	175	90,2	26,58	0,0001*
	Não	0	0	19	21,1	19	9,7		
Queimado	Sim	0	0	18	20	18	9,2	24,86	0,0001*
	Não	104	100	72	80	176	90,7		
Enterrado	Sim	0	0	2	2,2	2	1	0,685	0,407
	Não	104	100	88	97,7	192	98,9		
Destino do Esgoto									
Rede Pública	Sim	90	86,5	25	27,7	115	59,2	70,91	0,0001*
	Não	14	13,4	65	72,2	79	40,7		
Céu Aberto	Sim	5	4,8	16	17,7	21	10,8	7,28	0,006*
	Não	99	95,1	74	82,2	173	89,1		
Fossa	Sim	11	10,5	48	53,3	59	30,4	41,54	0,0001*
	Não	93	37,5	42	46,6	135	69,5		

Nota. Elaborado pela autora a partir da utilização do banco de dados do Estudo Envelhecimento na Amazônia.

*P-valor significante a 5%.

Hoje, cerca de 81% da população brasileira habita em zonas urbanas, tornando o acesso à moradia uma das questões centrais da cidadania. Nesse sentido, o direito à habitação adequada está fortemente relacionado a gestão pública, porém não basta possuir uma casa. A efetividade depende de medidas governamentais concretas que assegurem aos moradores as condições mínimas de iluminação, água encanada, esgoto, transporte e saneamento (Sarmiento, 2017).

Os achados demonstram que a energia elétrica e a coleta de lixo nos centros urbanos ocorrem predominantemente pela rede pública, resultado que não foi diferente do contexto rural. Porém, pontua-se que o último ainda faz uso de gerador para o consumo da eletricidade

e realiza queima de lixos produzidos no ambiente doméstico com maior frequência quando comparado ao urbano.

Acerca do abastecimento de água e rede de esgoto no ambiente rural, o primeiro é predominantemente por meio da utilização do poço para o consumo de água e o segundo a fossa, posteriormente, rede pública e céu aberto. No urbano a rede pública realiza as duas atividades em sua maioria.

Apesar dos resultados da pesquisa referente às condições habitacionais terem sido positivas, a realidade é a contaminação das águas, os esgotos a céu aberto, a proliferação das áreas de risco, o aumento dos resíduos sólidos e as condições insalubres de vida, num claro desrespeito às normas ambientais. As políticas públicas devem atuar na democratização dos serviços de saneamento, distribuição de água e fornecimento de energia elétrica nas comunidades urbanas e rurais (Lima, & Aurelio Neto, 2017).

No que se refere ao contexto rural, destaca-se um estudo realizado por Nascimento, Cardoso, Santos, Pinto e Magalhães (2017), no qual objetivou investigar as condições habitacionais de idosos ribeirinhos amazônicos em ilhas fluviais do município de Cametá-PA. Verificou-se que a maioria dos idosos (60,9%) usava energia elétrica improvisada (conexões ilegais), 52,2% usava água mista do rio e pública, e quase nenhuma das famílias foram conectados a uma rede de esgoto (91,3%). Além disso, a prática de queima de lixo ainda prevalece nestas comunidades (69,6%). Em relação a possuir aparelhos, a maioria dos domicílios visitados tinha uma variedade de bens de consumo, incluindo uma geladeira (73,9%), um fogão (91,3%) e uma televisão com antena parabólica (82,6%). As características do ambiente físico das casas eram de madeira e tinham em média quatro cômodos.

Parcialmente, os dados acima citados não demonstraram semelhança com os resultados encontrados no contexto rural do estudo em tela. Observou-se que os dados não condizentes foram a utilização do poço (60%) para o abastecimento de água, a coleta pública de lixo (71%) e o tipo de construção da casa de alvenaria (76,66%). Pontua-se que o estudo supracitado possuía participantes moradores de uma comunidade ribeirinha que vivenciada de características de uma ambientação mais rural, diferente das ilhas coletadas no estudo atual, nas quais possuíam algumas características urbana no que se refere às condições habitacionais.

Vale ressaltar que a realidade dos moradores que recebem serviços públicos no contexto rural é preocupante em decorrência da falta de qualidade. Uma pesquisa realizada junto à comunidade ribeirinha Foz do Rio Mazagão, Estado do Amapá, pontua claramente essa situação quando cita que a quantidade de produtos (hipoclorito de sódio e dióxido de cloro) entregues pela empresa de abastecimento de água aos moradores para o tratamento é insuficiente. Na

ausência ou diminuição do produto, são frequentes os casos de diarreia, infecção intestinal, doenças na pele e outros. Além disso, os moradores ficam vulneráveis à malária e outras doenças no inverno, visto que, aumenta a quantidade de mosquitos. O acesso à energia elétrica é precário, pois foram os próprios moradores quem fazem a instalação elétrica em suas casas, utilizando fios sem inapropriados para isso (Lomba & Fonseca, 2017).

Gomes, Ferreira, Silveira e Resende (2015) afirmam que o contexto rural, mais fortemente quando comparado ao urbano, passa por constantes mutações. Não é mais plausível imaginar o rural enquanto rusticidade ou isolamento. Em alguns lugares isso ainda pode ser visto, não mais como regra, mas apenas como característica intrínseca àqueles lugares. O rural tradicional ainda existe, mas fundamentalmente e paradoxalmente já é passado. Dentre outros, dois agentes dessas mudanças podem ser destacados: a modernização e a globalização.

5.3.2 Rotina diária

A Tabela 09 apresenta a rotina diária realizada pelos idosos nos contextos urbano e rural durante a semana nos turnos manhã, tarde e noite. Verificou-se que as atividades mais citadas pelos idosos no turno da manhã foram Atividades de Vida Diária e Atividade Instrumental de Vida Diária com 27,3%; à tarde com 9,2% e a noite com 22,6% foram Atividades de Vida Diária, Lazer, e Descanso e Sono. As ocupações realizadas no período da manhã ($p = 0,005$) e da tarde ($p = 0,04$) demonstraram diferenças estatisticamente significante.

Tabela 09

Rotina diária durante a semana de idosos dos contextos urbano e rural. Belém, Pará, Brasil, 2020.

Rotina Diária			Contexto				Total		Teste	
Período	Categorias	Urbano	%	Rural	%	N	%	Qui- quadrado X²	P- valor	
Durante a Semana	Manhã	AVD/AIVD	29	27,8	24	26,6	53	27,3	24,280	0,005*
		AVD/AIVD/DS	21	20,1	17	18,8	38	19,6		
		AVD/AIVD/LAZ	15	14,4	3	3,3	18	9,2		
		AIVD	4	3,8	7	7,7	11	5,6		
		AVD/AIVD/TRAB	3	2,8	6	6,6	9	4,6		
	Tarde	AVD/LAZ/DS	12	11,5	6	6,6	18	9,2	11,34	0,04*
		AVD/DS	4	3,8	13	14,4	17	8,7		
		LAZ/DS	9	8,6	6	6,6	15	7,7		
		AVD/AIVD/DS	10	9,6	3	3,3	13	6,7		
		AVD/AIVD/LAZ/DS	7	6,7	4	4,4	11	5,6		
	Noite	AVD/LAZ/DS	29	27,8	15	16,6	44	22,6	7,34	0,29
		LAZ/DS	10	9,6	16	17,7	26	13,4		
		AVD/DS	8	7,6	7	7,7	15	7,7		
		DS	7	6,7	7	7,7	14	7,2		
		AVD/AIVD/LAZ/DS	6	5,7	6	6,6	12	6,1		

Nota. Elaborado pela autora a partir da utilização do banco de dados do Estudo Envelhecimento na Amazônia. AVD: Atividade de Vida Diária; AIVD: Atividade Instrumental de Vida Diária; LAZ: Lazer; DS: Descanso e Sono; TRAB: Trabalho; PS: Participação Social; BRIN: Brincar; EDU: Educação.

*Teste Qui-quadrado.

A Tabela 10 apresenta a rotina diária realizada pelos idosos nos contextos urbano e rural nos finais de semana nos três turnos. Observou-se que 22,6% dos idosos mencionaram que no turno da manhã realizavam Atividades de Vida Diária e Atividade Instrumental de Vida Diária; à tarde 8,76% e a noite 15,4% dos idosos relataram realizar Atividades de Vida Diária, Lazer, e Descanso e Sono. Não houve diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 10

Rotina diária do fim de semana de idosos dos contextos urbano e rural. Belém, Pará, Brasil, 2020.

Rotina Diária			Contexto				Total		Teste Qui- quadrado X²	P- valor
Período	Categorias	Urbano	%	Rural	%	N	%			
Fim de Semana	Manhã	AVD/AIVD	23	22,1	21	23,3	44	22,6	5,59	0,34
		AVD/AIVD/DS	13	12,5	7	7,7	20	10,3		
		AIVD	12	11,5	4	4,4	16	8,2		
		AVD/AIVD/LAZ	8	7,6	6	6,6	14	7,2		
		AVD/AIVD/LAZ/ DS	4	3,8	5	5,5	9	4,6		
	Tarde	AVD/LAZ/DS	13	12,5	4	4,4	17	8,7	6,20	0,28
		DS	6	5,7	10	11,1	16	8,2		
		LAZ	6	5,7	8	8,8	14	7,2		
		LAZ/DS	7	6,7	6	6,6	13	6,7		
		AVD/DS	6	5,7	6	6,6	12	6,1		
	Noite	AVD/LAZ/DS	21	20,1	9	10	30	15,4	5,16	0,39
		LAZ/DS	10	9,6	10	11,1	20	10,3		
		AVD/DS	10	9,6	10	11,1	20	10,3		
		AIVD/DS	7	6,7	4	4,4	11	5,6		
AIVD		4	3,8	6	6,6	10	5,1			

Nota. Elaborado pela autora a partir da utilização do banco de dados do Estudo Envelhecimento na Amazônia. AVD: Atividade de Vida Diária; AIVD: Atividade Instrumental de Vida Diária; LAZ: Lazer; DS: Descanso e Sono; TRAB: Trabalho; PS: Participação Social; BRIN: Brincar; EDU: Educação.

*Teste Qui-quadrado.

De maneira geral, a AVD mais mencionada foi relacionada a alimentação; as AIVD's foram gerenciamento do lar, preparar refeições e limpeza, e atividades de expressão religiosa e espiritual; o descansar e dormir; e a participação no lazer. Ocupações ocorrem em contexto e são influenciadas pela interação entre fatores do indivíduo, habilidades de desempenho e padrões de desempenho. Ocorrem ao longo do tempo; têm um propósito, significado e utilidade percebida pelo cliente; e podem ser observadas por outras pessoas, por exemplo, preparar uma refeição ou ser percebida apenas pela pessoa em questão, por exemplo, a aprendizagem através da leitura de um livro (AOTA, 2015).

Na comunidade urbana, é relevante considerar que o acesso depende das condições sociais e da distância existente entre o local de moradia e o local aonde se dá a oferta dos bens e serviços. Em outras palavras, é essencial levar em consideração no dimensionamento da oferta, que o acesso aos bens de cidadania implica no deslocamento até os mesmos, já que estes podem estar próximos ou muito distantes do local de moradia, exigindo tempo e recursos para serem acessados. Particularmente em regiões metropolitanas, o fluxo de população dentro e entre municípios, em busca de serviços (escola, trabalho e saúde especialmente), é intenso e diretamente proporcional as Atividades Instrumentais de Vida Diária que o indivíduo realiza (Nahas, Pereira, Esteves, & Gonçalves, 2016).

Já na comunidade rural, os moradores expressam suas ocupações por meio de um conjunto de técnicas, hábitos, usos e costumes num ritmo tradicional, regido pelos movimentos da natureza e numa relação contínua e íntima com o rio. Sua população reproduz uma relação íntima com o meio natural circundante e dele retiram os elementos que viabilizam a sustentabilidade socioeconômica. O contato com o rio ocorre antes do nascer do sol. Por volta de 5 horas, as mulheres já estão no trapiche de suas casas carregando baldes com água para fazer o café e as outras atividades do dia. Os rurais consideram importante estarem reunidos nas principais refeições do dia e após o café da manhã os homens saem para a floresta, andando pela mata ou navegando em canoas. Os filhos maiores acompanham os pais no trabalho diário e as filhas ajudam as mães nos afazeres domésticos e na roça. Uma embarcação atraca nos trapiches das residências e leva os estudantes à escola (Lomba & Fonseca, 2017).

Além dessas atividades que se remetem ao modo de vida rural, observou-se que as ilhas amazônicas que possuem algumas características urbanas vivenciam ocupações como tais. Um exemplo citado a partir do estudo exposto acima é que além das embarcações que atracam nos trapiches das casas, verifica-se a presença de porto (Ilha de Cotijuba) e via rodovia terrestre por meio de pontes (Ilha de Mosqueiro e Caratateua), e mais, não são somente os estudantes que saem das ilhas para frequentar as escolas, são também discentes universitários e de pós-graduação, bem como trabalhadores que realizam esse transporte e trajeto para realizar suas atividades laborais no centro urbano.

Outra ocupação relevante para ser discutida foi o descanso e sono, no qual foi citada mais em comunidades rurais quando comparada a urbana. O idoso rural possui o hábito de realizar esta ocupação no período diurno, principalmente após o almoço, com costume de dormir e acordar cedo. Pontua-se que nas últimas décadas, o estilo de vida agitado das sociedades urbanas tem causado efeitos prejudiciais ao sono dos indivíduos o que pode justificar os achados da pesquisa. Isso pode explicar, em parte, as elevadas prevalências de

alterações do sono que são encontradas em diversos países. Descansar, preparação e participação do sono são atividades que causam o bem-estar físico e mental dos indivíduos (Machado, Wendt, & Wehrmeister, 2018).

Atualmente, o envolvimento em atividades prazerosas tem sido definido como a prática de atividades ou vivências de eventos que tragam sentimentos positivos ao idoso, tendo por base dois parâmetros: frequência em atividades potencialmente agradáveis e prazer experimentado ao envolver-se na atividade (Rider, Gallagher-Thompson, & Thompson, 2016). No estudo em tela o lazer foi uma ocupação identificada com maior frequência pelos residentes da comunidade urbana.

Neste sentido, pontua-se que o lazer e as práticas de atividades recreativas no meio rural são consideradas ações secundárias, pois, o rural é percebido como sinônimo de área de produção agropecuária. Logo, a falta de estruturas que propiciem o lazer e até mesmo a influência social, econômica, política e cultural, diminui o envolvimento nesta atividade (Maziero, Godoy, Campos, & Mello, 2019).

Na relação da qualidade de vida com os aspectos das condições habitacionais e de rotina pontua-se os valores culturais; éticos e religiosidade; estilo de vida; satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária; e com o ambiente que o idoso vive. Assim, Neri (2007) afirma que a qualidade de vida é subjetiva e dependente do nível sociocultural, da idade e das aspirações pessoais de cada indivíduo. A qualidade de vida de idosos depende da preservação do self e da manutenção de objetivos ao longo da vida, e a experiência de qualidade de vida envolveria valores pessoais, experiências anteriores, capacidade de adaptação às mudanças, independência, autonomia, atividades, saúde, relações sociais e viver em casa.

5.4 Considerações finais

O estudo caracterizou e diferenciou o contexto habitacional e a rotina dos idosos residentes em contextos urbanos e rurais do município de Belém-PA.

Ambos os contextos expressam o modo de vida por meio de um conjunto de técnicas, hábitos, rotina e costumes num ritmo peculiar. O ambiente urbano é caracterizado por inúmeras vantagens na área habitacional, saneamento básico, variedades de produtos e serviços, vida social e acesso à tecnologia, o que difere do rural no qual criam suas formas de sobrevivência no ambiente natural, sua população reproduz uma relação íntima com o meio e dele retiram os elementos que viabilizam o modo de viver.

Numa visão contemporânea, as definições isoladas entre campo e cidade tornam-se ainda mais complexas, pois cada vez mais se apresentam intrinsecamente ligadas. Os dois espaços

encontram-se em intersecção, amparados por uma visão holística e estrutural do todo e não mais a visão fragmentada. Fato este confirmado pelas condições habitacionais, caracterizadas por casas do tipo de alvenaria, utilização da energia elétrica e coleta de lixo realizada pela rede pública em ambos os contextos.

Porém, a comunidade rural ainda é marcada por instrumentos rústicos. Fato este representado pelo uso de gerador, queima de lixo, consumo da água do poço e utilização de fossa na área rural. Além disso, as casas são construídas de madeira ou mista, mais amplas e confortáveis.

As rotinas caracterizadas por sequencias estabelecidas de ocupações ou atividades que fornecem uma estrutura para a vida diária demonstraram diferenças para ambos os contextos, principalmente no que se refere às ocupações de Atividades de Vida Diária, Atividades Instrumentais de Vida Diária, Lazer, e Descanso e Sono.

Conclui-se que as variáveis investigadas no estudo presumem que a rotina do idoso rural é tradicionalmente particular e diferenciada quando comparada ao idoso urbano. Marcada por uma multiplicidade de atividades cotidianas, as quais são caracterizadas pelo meio e com uma divisão entre gêneros.

Desse modo, conhecer os espaços de moradia e o cotidiano dos idosos em ambos os contextos, a partir de sua dinâmica interacional e estrutural, é assumir a sua devida importância enquanto contextos abrangentes de desenvolvimento humano, em especial gerontológico. Logo, esperamos que este estudo possa influenciar novas pesquisas e contribuir para a compreensão do contexto habitacional e rotina de idosos de diferentes contextos, proporcionando futuros estudos e projetos favoráveis para o bem-estar da população estudada.

Referências

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1.1), 1-50. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- Freire, R. M. H., & Carneiro Junior, N. (2017). Produção científica sobre habitação para idosos autônomos: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(5), 717-726.
- Gomes, I., Ferreira, A. C., Silveira, A. C. C., & Resende, F. C. (2015). Comunidades Rurais (mas nem tanto): proposta de definição de critérios para diferenciação rural-urbana. *Geografias Artigos Científicos*, 11(2), 122-137.
- Lima, L. O., & Aurelio Neto, O. P. (2017). A Questão habitacional no brasil. *Mercator*, 16, 1-13.
- Lomba, R. M., & Fonseca, M. B. S. (2017). Modos de vida ribeirinho na comunidade Foz do Rio Mazagão – Mazagão (AP/Brasil). *Ateliê Geográfico*, 11(1), 257-276.
- Machado, A. K. F., Wendt, A., & Wehrmeister, F. C. (2018). Problemas de sono e fatores associados em população rural de um município no Sul do Brasil. *Revista Saúde Pública*, 1(5), 1-12.
- Maziero, C., Godoy, C. M. T; Campos, J. R. R.; & Mello, N. A. (2019). O lazer como fator de permanência e reprodução social no meio rural: estudo do município de Saudade do Iguaçu, PR. *Interações*, 20(2), 509-522.
- Monteiro, L. C. A., Varoto, V. A. G., Silva, N. M., & Freire, A. E. (2017). A ambiência compondo a moradia adequada para idosos de baixa. *Serviço Social e Sociedade*, 20(1), 175-196.
- Nahas, M. I. P., Pereira, M. A. M., Esteves, O. A., & Gonçalves, E. (2016). Metodologia de construção do índice de qualidade de vida urbana dos municípios brasileiros (IQVU-BR). *Anais Associação Brasileira de empresas e pesquisas*, 1-20.
- Nascimento, R. G., Cardoso, R. O., Santos, Z. N. L., Pinto, D. S., & Magalhães, C. M. C. (2017). Housing conditions and the degree of home satisfaction of elderly riverside residents of the Amazon region. *Revista Psico-USF [online]*, 22(3), 389-399. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220301>
- Neri, A. L. (2007). *Qualidade de vida na velhice e subjetividade*. In A. L. Neri (Org), *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea.
- Perracini, M. R. (2017). Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas, In: Freitas, E. V. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2978 – 2995.
- Rider, K., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. (2016). California Older Person's Pleasant Events Schedule: A tool to help older adults increase positive experiences. *Clinical Gerontology*, 39(1), 64-83. doi: 10.1080/07317115.2015.1101635.

- Sarmento, G. (2017). Direito à habitação adequada em áreas urbanas: desafio da efetividade no estado constitucional de direito. *Olhares Plurais – Revista Eletrônica Multidisciplinar*, 16(1), 42-64.
- Texeira, I. N. A. O., & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19(1), 81-94.

6 Estudo 4: Qualidade de Vida de Idosos Residentes em Contextos Urbano e Rural do Município de Belém-PA

6.1 Introdução

O crescimento da população idosa é um reflexo em todo o mundo, com isso para manter um padrão de longevidade positiva e bem-sucedida deve-se acompanhar continuamente melhoras na segurança, participação social e saúde para esta parcela crescente da população. Pensando nisso a Organização Mundial de Saúde propôs a política do envelhecimento ativo, que aponta estratégias para manter e aprimorar a saúde e QV da população idosa (Souto, Novaes, Monteiro, Neto, Carvalhal, & Coelho, 2016)

A população idosa traz consigo a conhecida vulnerabilidade, dados os aspectos que acompanham o processo de envelhecimento, tais como declínio da capacidade funcional, tendência às doenças e incapacidades, aposentadoria, viuvez, preconceitos e desvalorização social. Contudo, a preocupação com a qualidade de vida ganhou importância em função do crescimento do número de idosos e do aumento da longevidade. E se envelhecer é mudar, tais mudanças devem dirigir para uma melhor qualidade de vida (Mota, Oliveira, & Batista, 2017).

O entendimento sobre a qualidade de vida, que tem sido mais estudada nos últimos anos no Brasil, possibilitou que fossem considerados em sua avaliação tanto os aspectos objetivos como os subjetivos. Não há um consenso sobre o conceito, porém, os aspectos de subjetividade e multidimensionalidade são geralmente aceitos pela pelos pesquisadores, e apesar de ser um assunto complexo, é um tema relevante principalmente quando relacionado a pessoa idosa (Aranha, 2017).

A qualidade de vida do idoso envolve os fatores individuais, socioambientais e o contexto sociocultural. São aspectos da qualidade de vida a percepção do idoso da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de um amplo conceito de classificação, afetado, de modo complexo, pela saúde física do idoso, estado psicológico, relações sociais, nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente (Amonkar, Mankar, Thatkar, Sawardekar, Goel, & Anjenaya, 2018).

O envelhecimento e a qualidade de vida são subjetivos e estão relacionados da forma com que cada indivíduo vivencia essa etapa da vida, de acordo com suas condições sociais, econômicas e culturais. Neste sentido, o *Estudo 4* apresenta a avaliação da qualidade de vida dos idosos residentes em contextos urbano e rural do município de Belém-PA; comparando os

dois contextos com relação aos domínios da qualidade de vida referente a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

6.2 Método

O delineamento deste estudo é do tipo transversal e quase experimental, com abordagem quantitativa dos dados.

6.2.1 Participantes

Participaram do estudo 194 idosos, dentre eles, 104 residentes em contextos urbanos e 90 em rurais do município de Belém, Pará, que preencheram todos os critérios de inclusão na pesquisa.

6.2.2 Instrumentos

O instrumento utilizado foi a versão brasileira do questionário de qualidade de vida – SF-36 (Anexo C). É um instrumento de medida de qualidade de vida. Traduzido para língua portuguesa, bem desenhado, cujas propriedades de medida, como reprodutibilidade, validade e suscetibilidade a alterações, já foram apresentadas em outros trabalhos (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão, & Quaresma, 1999). Consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito escalas ou domínios, que são: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. Apresenta um escore final de zero a 100 (obtido por meio de cálculo do *RawScale*), onde o zero corresponde à pior qualidade de vida e o 100 corresponde ao melhor (Hayes, Morris, Wolf, & Morgan, 1995). Com o intuito de classificar o escore final, optou-se por descrevê-lo como: muito ruim (0 a 20), ruim (21 a 40), bom (41 a 60), muito bom (61 a 80) e excelente (81 a 100).

6.2.3 Procedimentos para a análise de dados

Os dados foram tabulados e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0. Visando a comparação entre idosos urbanos e rurais, utilizou-se na análise inferencial das variáveis categóricas que foram analisadas pelo Teste *Qui-quadrado* e/ou Teste *G* para análise das associações. Para a comparação de médias dos instrumentos com desfecho, usou-se o teste *T* de *Student* Análise de Variância (ANOVA). Em todas as análises foi adotado um nível de significância de 5%.

6.3 Resultados e discussão

6.3.1 *Qualidade de vida*

A Tabela 11 apresenta as médias, medianas, desvio padrão, mínima e máxima das variáveis de qualidade de vida dos idosos de maneira geral, dos contextos urbano e rural. A melhor média dos participantes de maneira geral e para ambos os contextos foi do domínio Saúde Mental. A média geral foi de 82,7, com desvio padrão de 15,3, mínima de 20 e máxima de 100; no contexto urbano foi de 83,6, desvio padrão 14,5, mínima de 40 e máximo de 100; no rural foi 81,5, desvio padrão de 16,1, mínima de 20 e máxima de 100.

A pior média dos idosos no geral e para os contextos, foi a variável Aspecto Físico. A menor média geral foi de 52,5, com desvio padrão de 41,3, mínima de 0 e máxima de 100; no contexto urbano foi de 59,7, desvio padrão 38,3, mínima de 0 e máximo de 100; no rural foi 43,6, desvio padrão de 43,4, mínima de 0 e máxima de 100.

A maior mediana foi do domínio Aspectos Emocionais com 100 para o geral e ambos os contextos, seguida de 87 para os Aspectos Sociais de maneira geral e 87 para os idosos urbanos. Especificamente o contexto rural teve a segunda maior mediana na variável Saúde Mental. Já a menor mediana no geral foi o Aspecto Físico com 50 e 25 para o contexto rural, enquanto que para o urbano foi de 75. Os participantes urbanos, em particular, tiveram a menor mediana no domínio Dor, 62.

De maneira geral, nenhum domínio apresentou diferença estatisticamente significativa após a verificação do teste Qui-quadrado.

Tabela 11

Variáveis de qualidade de vida dos idosos. Belém, Pará, Brasil, 2020.

Medidas		Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	Saúde Mental
Geral	Média	62,7	52,5	62,1	64,5	72,7	79,2	69,7	82,7
	Mediana	67,5	50	62	67	75	87	100	84
	Desvio Padrão	27,1	41,3	29,6	18,2	19,6	23,3	38,1	15,3
	Mínimo	5	0	0	15	15	0	0	20
	Máximo	100	100	100	100	100	100	100	100
Urbano	Média	66,4	59,7	62,6	64,1	74	82,1	75,1	83,6
	Mediana	70	75	62	67	75	87	100	86
	Desvio Padrão	23,6	38,3	26,1	17,4	17,9	20,1	33,5	14,5
	Mínimo	5	0	0	15	25	37	0	40
	Máximo	100	100	100	95	100	100	100	100
Rural	Média	58,2	43,6	61,5	65,1	71	75,5	62,9	81,5
	Mediana	60	25	72	67	75	81	100	82
	Desvio Padrão	30,3	43,4	33,5	19,3	21,5	26,6	42,3	16,1
	Mínimo	5	0	0	15	15	0	0	20
	Máximo	100	100	100	100	100	100	100	100

Nota. Elaborado pela autora a partir da utilização do banco de dados do Estudo Envelhecimento na Amazônia.

A Figura 12 apresenta a qualidade de vida dos idosos de acordo com os domínios. Verificou-se que as variáveis que mais tiveram classificação como excelente foram Aspectos Emocionais (54,8%), Aspectos Sociais (53,2%) e Saúde Mental (52,1%); destacou-se muito bom nos domínios Estado Geral (52,7%) e Saúde Mental (39,4%); predomínio de bom para Vitalidade (25%), Dor (21,8%) e Estado Geral (20,2%); ruim para Capacidade Funcional (16%); e muito ruim para Aspectos Físicos (29,8%), Aspectos Emocionais (15,4%) e Dor (13,5%).

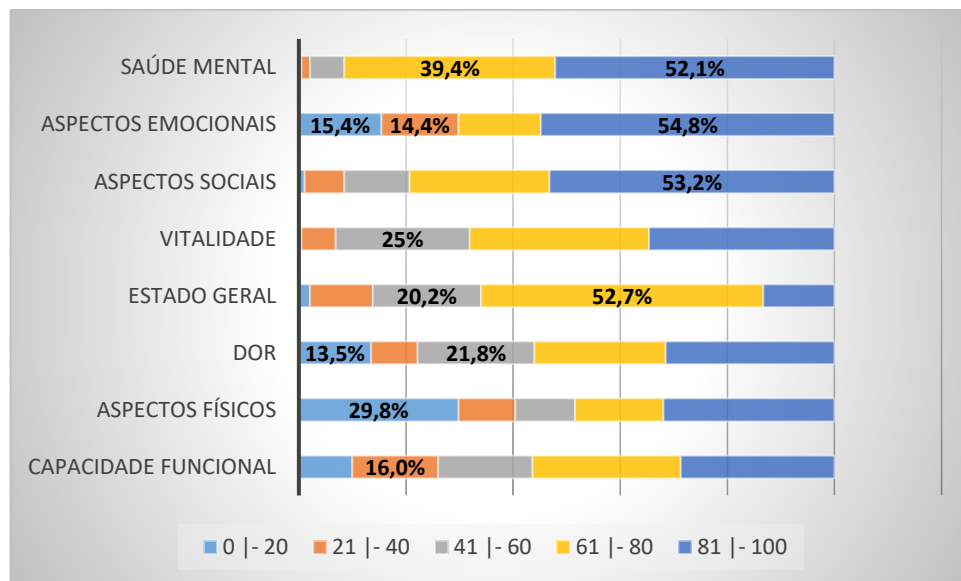


Figura 12. Qualidade de vida dos idosos. Belém, PA, 2020.

Já a Figura 13 expõe a qualidade de vida dos idosos nos contextos urbano e rural do município de Belém. Verificou-se maior proximidade de médias nos domínios Estado Geral (64,1 urbano; 65,16 rural), Dor (62,66; 61,54) e Saúde Mental (83,65; 81,52); e maior disparidade de média nas variáveis Aspectos Físicos (59,7; 43,63), Aspectos Emocionais (75,14; 62,98) e Capacidade Funcional (66,44; 58,21).

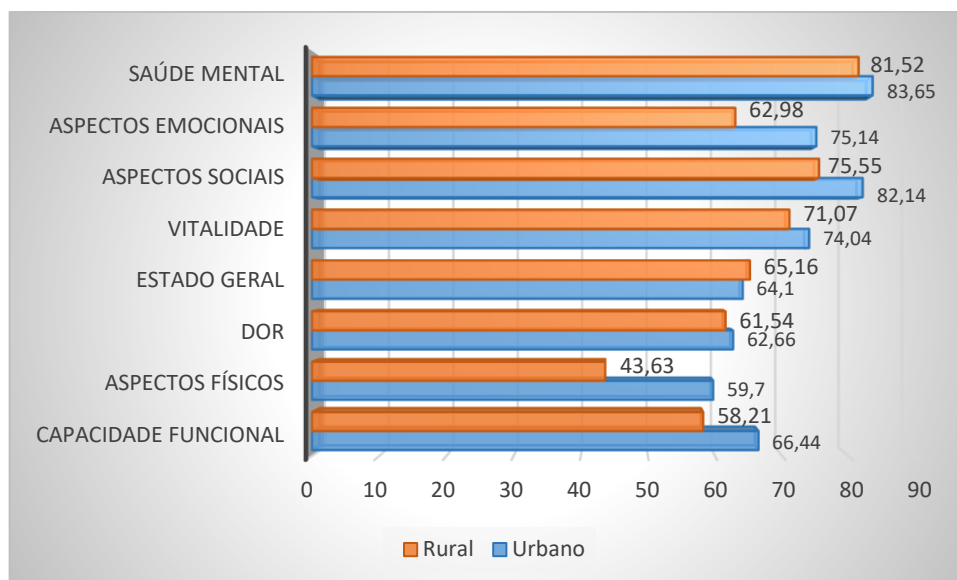


Figura 13. Qualidade de vida dos idosos nos contextos urbano e rural. Belém, PA, 2020.

Observou-se no estudo que as melhores médias e medianas de qualidade de vida geral e para ambos os contextos foram Saúde Mental e Aspectos Emocionais. Mais particularmente em idosos urbanos, observou-se que as taxas foram mais elevadas quando comparado ao rural. O idoso que se mantém ativo tem maior satisfação com a vida e, consequentemente, melhor QV. Isso é especialmente importante em espaços onde o idoso possa desenvolver relações sociais, ter vínculos de amizade e exercer sua cidadania. Os idosos ampliam suas redes de apoio social e desenvolvem autoestima e autoconfiança (Lima, Araújo, & Scattolin, 2016).

Um estudo desenvolvido por Khoury e Sá-Neves (2014) confirma a afirmação acima, visto que investigaram as percepções de controle e qualidade de vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados e identificaram que, a percepção de estar no controle aparece associada a satisfação com conquistas na vida e anseios em ambos os grupos, contudo, a associação entre controle e autonomia é encontrada apenas nos residentes da comunidade. Fazendo uma analogia com a pesquisa atual, pode-se afirmar que viver na comunidade urbana favorece mais fortemente o exercício do controle dos aspectos mentais, emocionais e da qualidade de vida.

Um estudo realizado por Farias, Luza, Sousa e Zampirolo (2017) com 28 idosos de um centro de convivência da cidade de Santo Amaro da Imperatriz, em Santa Catarina, demonstrou a maior média nos domínios da QV referente aos Aspectos Emocionais (96,5) seguido de Aspectos Físicos (96,4), já as médias mais baixas foram Estado Geral (70,5) e Dor (80,5). Os autores pontuam ainda que a melhor QV em todos os domínios do SF-36 foi nos idosos que participam do centro de convivência quando comparado aos não participantes, o que leva a crer

que o convívio, as interações sociais, bem como a prática de exercícios físicos regulares, foram importantes para esse resultado. Em comparação aos achados do estudo em tela, os dados da QV geral não corroboraram, exceto o domínio Dor como pior média.

Em outra pesquisa com o objetivo de analisar a qualidade de vida em idosos residentes em zona urbana e rural identificou-se que não houve significância estatística da QV com a zona de residência, os domínios do SF-36 com melhores níveis foram Aspectos Físicos e Aspectos emocionais em zona urbana e rural, os piores *scores* foram às escalas Dor e Saúde Mental nas duas zonas de residência (Sampaio, Vieira, Soares, Dos Reis, & Sampaio, 2017). Dados esses que contrariam o estudo em tela, visto que os melhores níveis são de Saúde Mental e Aspectos Sociais, e a pior foi Aspecto Físico.

Outro estudo que merece destaque e que visou analisar a QV em idosos do contexto urbano e rural do município de Concórdia - SC demonstrou que os domínios Saúde e Aspectos Sociais demonstraram diferenças significativas entre os contextos. A melhor média teve como destaque o domínio Dor, 78,6 e 81,43 respectivamente, enquanto que a menor média foi Aspectos Sociais (50) nos idosos urbanos e Aspectos Físicos (55,83) no rural. Os autores afirmam que o fato de residir no contexto urbano acarreta, em alguns aspectos da qualidade de vida, melhores resultados (Beltrame, Cader, Cordazzo, & Dantas, 2012). Todos os dados encontrados não corroboram com a pesquisa atual, exceto o Aspecto Físico considerado o pior domínio no contexto urbano.

De acordo com Neri (2016) o desenvolvimento humano acontece a partir dos caminhos traçados pelos comportamentos socialmente determinados como adequados e naturais para cada idade pela coletividade. Assim, o contexto social e o indivíduo exercem influência mútua neste processo continuado que ocorre durante toda a vida por meio de um movimento de interação dinâmica em um determinado contexto.

No que se refere ao Aspecto Físico, um estudo realizado por Pinto (2018) objetivou compreender a importância, facilitadores e barreiras à prática de atividade física em indivíduos portugueses com idade acima dos 65 anos residentes em ambiente rural e urbano. Verificou-se que os participantes tinham níveis de atividade física moderada e alta. Ao nível da qualidade de vida houve *scores* elevados quanto aos aspectos físico e emocional (>75); nas dimensões vitalidade, dor corporal, saúde geral e mental houve uma grande variação dos resultados. Os entrevistados referiram a atividade física associada à saúde e bem-estar, com benefícios no estado geral de saúde e com preferência por realizar caminhadas e desportos aquáticos. As principais barreiras referidas foram a limitação física e os facilitadores o apoio formal.

Uma pesquisa realizada por Silva, Texeira, Soares e Alves (2016) avaliou a QV de idosos praticantes de exercício físico de uma Unidade Básica de Saúde de Minas Gerais. Observou-se que a melhor média do grupo que não possuía declínio cognitivo foi a do domínio Estado Geral de saúde (100) e a pior foi Dor (25). Esses dados apontaram que a idade mais avançada pode interferir na qualidade de vida dos idosos na questão da mobilidade e perda da força muscular que além de causarem dor e desconforto atrapalhando a prática de exercício.

Os dois estudos supracitados tiveram como público alvo idosos que possuíam prática de atividade física o que justifica a diferenciação dos resultados encontrados acerca da QV da pesquisa em tela, tendo como pior média e mediana o Aspecto Físico. Neste sentido, pode-se afirmar que se os idosos participantes da pesquisa atual realizassem atividade física de maneira moderada e alta o domínio Aspecto Físico poderia ter sido melhor.

Um estudo brasileiro confirma este raciocínio. Descreveu a percepção da qualidade de vida em indivíduos acima dos 70 anos de quatro contextos distintos: idosos comunitários praticantes de exercícios, e os demais idosos não praticantes de exercícios que pertencem à comunidade, centro dia e institucionalizados. Nos domínios da Função Física, Saúde Mental e Vitalidade, observou-se uma tendência significativa ($p < 0.05$) por contexto sócio comportamental. Programas de intervenção com base na prática de exercício físico, mesmo com pouca frequência e duração, relacionaram-se com melhor QV em idosos comunitários, ou seja, idosos tiveram *scores* finais significativamente superiores quando comparados com o grupo comunitário não envolvido em prática estruturada de atividade física (Camões, Fernandes, Silva, Rodrigues, Costa, & Bezerra, 2016).

A relação entre o nível de atividade física e a qualidade de vida é influenciada pelo contexto de moradia. Entre os idosos residentes no espaço rural existe correlação significativa, positiva e moderada entre o nível de atividade física e os domínios físico e psicológico da qualidade de vida. Idosos insuficientemente ativos que moram no espaço urbano têm escores significativamente maiores no domínio social da qualidade de vida, em comparação aos insuficientemente ativos que residem no espaço rural. Já os idosos regularmente ativos que vivem em contexto de ruralidade apresentaram melhor escore no domínio físico da qualidade de vida (Barbosa, Teixeira, Orlandi, Oliveira, & Concone, 2015).

Tomando como referência a perspectiva *life-span* podemos afirmar que envelhecer com qualidade de vida é possível. Na última etapa do ciclo de vida ocorrem, com o passar do tempo, alterações morfofisiológicas de caráter normativo, comuns à espécie humana. Embora façam parte do processo de envelhecimento normal, essas mudanças influenciam rotinas de vida, podendo modificar a dinâmica existencial das pessoas. Neste sentido, *life-span* condiz a um

modelo de velhice bem-sucedida e defensor da ideia de que na velhice fica resguardado o potencial do desenvolvimento, do qual a sabedoria é um exemplo privilegiado (Neri, 2006).

Salienta-se a necessidade de elaboração de políticas públicas que busquem a melhoria da qualidade de vida desses idosos, enfatizando ações voltadas aos aspectos pertinentes aos domínios que apresentaram índices ruins. Sugerem-se terapias em grupo, melhor suporte psicológico e acesso a profissionais para o tratamento das queixas algícas e prevenção de doenças crônico-degenerativas. Torna-se imperativo ainda, a produção de novos estudos em diferentes comunidades e contextos socioeconômicos direcionados para a análise da qualidade de vida e a possível influência dos locais de residência (Sampaio, Vieira, Soares, Dos Reis, & Sampaio, 2017).

6.4 Considerações finais

Com base no estado da arte da avaliação e comparação da qualidade de vida dos idosos residentes em contextos urbano e rural do município de Belém-PA é possível concluir, no entanto, que este se consolida como uma variável importante na prática clínica e na produção de conhecimento na área de saúde.

Apesar do estudo não ter demonstrado diferença entre os contextos, é importante frisar a necessidade de uma intervenção em prol da promoção da mudança nas políticas e práticas relativas ao envelhecimento tendo em consideração as necessidades emergentes da população, os seus interesses e a otimização dos recursos. Neste sentido, o estudo realizado representa relevância na investigação, pois com outras investigações e abordagens contribui para que estratégias e políticas sejam inclusivas e consistentes, com a finalidade de tornar a saúde e qualidade de vida, uma realidade cada vez mais presente no envelhecimento em Belém.

Referências

- Amonkar, P., Mankar, M. J., Thatkar, P., Sawardekar, P., Goel, R., & Anjenaya, S. (2018). A Comparative Study of Health Status and Quality of Life of Elderly People Living in Old Age Homes and within Family Setup in Raigad District, Maharashtra. *Indian Journal Community Medicine*, 43(1), 10-13.
- Aranha, M. F. F. (2017). *Conceito “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” e instrumentos de avaliação*. Monografia do Mestrado, Integrado em Ciências Farmacêuticas, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Beltrame, V., Cader, S. A., Cordazzo, F., & Dantas, E. H. M. (2012). Qualidade de vida de idosos da área urbana e rural do município de Concórdia, SC. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(2), 223-231.
- Barbosa, A. P., Teixeira, T. G., Orlandi, B., Oliveira, N. T. B., & Concone, M. H. V. B. (2015). Nível de atividade física e qualidade de vida: um estudo comparativo entre idosos dos espaços rural e urbano. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 743-754.
- Camões, M., Fernandes, F., Silva, B., Rodrigues, T., Costa, N., & Bezerra, P. (2016). Exercício físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos sociocomportamentais. *Motricidade*, 12(1), 96-105.
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39, 143-150.
- Farias, M. L., Luza, L. P., Sousa, B. A., & Zampirolo, E. R. (2017). Equilíbrio, mobilidade funcional e qualidade de vida em idosos participantes e não participantes de um centro de convivência. *Scientia medica*, 27(4), 1-7.
- Hayes, V., Morris, J., Wolf, C., & Morgan M. (1995). The SF-36 health survey questionnaire: is it suitable for use with older adults? *Age and Ageing*, 24, 120-125.
- Khoury, H. T. T., & Sá-Neves, A. C. (2014). Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 553-565. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13012>
- Lima, B. M., Araújo, F. A., & Scattolin, F. A. A. (2016). Qualidade de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. *ABCS Health Sciences*, 41(3), 168 - 175.
- Mota, R. S. M., Oliveira, M. L. M. C., & Batista, E. C. (2017). Qualidade de Vida na velhice: uma reflexão teórica. *Revista Communitas*, 1(1), 47-61.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas Psicologia*, 14(1), 17-34.
- Neri, A. L. (2016). Teorias Psicológicas do Envelhecimento: Percurso Histórico e Teorias Atuais. Em E. V. de, Freitas & L. Py (Eds.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Pinto, J. (2018). *Barreiras e facilitadores para a prática de atividade física: perspectiva de idosos portugueses em contexto rural e urbano*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Sampaio, L. S., Vieira, J. S., Soares, F. B., Dos Reis, L. A., & Sampaio, T. S. O. (2017). Qualidade de vida em idosos residentes em zona urbana e rural. *C&D-Revista Eletrônica da FAINOR*, 10(3), 391-406.
- Silva, P. L. N., Texeira, C. I. B. F., Soares, E. D., & Alves, C. R. (2016). Avaliação da qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física de uma unidade básica de saúde de Minas Gerais. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 14(2), 24-35.
- Souto, S. V. D., Novaes, J. S., Monteiro, M. D., Neto, G. R., Carvalhal, M. I. M., & Coelho, E. (2016). Body image in adult vs middle-aged and elderly women practitioners and non-practitioners of hydro gymnastics. *Motricidade*, 12(1), 53-9.

7 Considerações Finais da Tese

Em todos os estudos foi possível estabelecer análises, comparações e discussões a partir da compreensão do desenvolvimento humano da pessoa idosa ao longo de toda a vida. Foram observados aspectos relevantes quanto à qualidade de vida de idosos residentes em contextos urbano e rural do município de Belém, além disso, foram desenvolvidas pesquisas sobre a relação entre qualidade de vida e cognição, achados demográficos, socioeconômicos, hábitos de vida, aspectos da saúde, condições habitacionais, rotina, déficits cognitivos e sintomas depressivos dos idosos belenenses.

Com o intuito de analisar a QV dos idosos residentes em contextos urbano e rural da cidade de Belém, foram considerados os aspectos pessoais dos participantes e a multidimensionalidade no que se refere a essa variável. Para tanto, foram utilizados instrumentos fidedignos que avaliaram em uma perspectiva transcultural, nos quais, como foi apresentado no decorrer da tese, alcançaram evidências consistentes sobre o objeto de estudo.

Tendo em vista as especificidades dos contextos da investigação, foi fundamental para o cumprimento do procedimento da coleta de dados a capacitação teórica e treinamento dos aplicadores da equipe de pesquisa. Vale ressaltar que, antes de iniciar a coleta de dados, foi necessário vivenciar e refletir características típicas do ambiente, o que favoreceu a análise comparativa entre os contextos urbano e rural. Pontua-se, portanto, que tal procedimento pode ser considerado e realizado em contextos peculiares para estudos futuros.

O objetivo da tese foi alcançado por meio de quatro estudos com objetivos específicos distintos, mas que mantinham relações entre si. Contudo, idosos belenenses que residem em contextos urbano e rural não possuem diferenciações significativas no que se refere aos domínios da qualidade de vida, porém algumas variáveis como aspectos demográficos, socioeconômicos, hábitos de vida, condições de saúde, condições habitacionais e rotina, demonstraram diferenças.

Pontua-se que a tese demonstrou uma grande relevância social e científica da QV. O primeiro estudo concluiu que a cognição está associada à qualidade de vida principalmente quando relacionada às disfunções cognitivas em idosos. Foi encontrado um número significativo de estudos brasileiros publicados, porém observou-se uma escassez de estudos sobre a associação dos termos que proporcionou uma limitação em relação à discussão dos resultados. Logo, esperam-se novas pesquisas sobre a relação entre a qualidade de vida e cognição no processo de envelhecimento, e que este estudo sirva de subsídio para a criação, avaliação e discussão de ações que envolvem atenção e cuidado na área da Gerontologia.

Idosos residentes em contexto rural possuem maior expectativa de vida e atividade de lazer, porém identificou-se um baixo quantitativo de mulheres, escolaridade e renda familiar mensal. Ainda nesse contexto observaram-se atividades consideradas rudimentares como o uso de gerador, queima de lixo, consumo da água do poço e utilização de fossa, além disso, foram encontradas com maior proporção casas de madeira e mista, o que demonstra a simplicidade das comunidades rurais ou padrões de construção.

As ocupações realizadas no período da manhã e da tarde durante a semana demonstraram diferenças entre os contextos. Cabe pontuar que o envolvimento e participação na ocupação ocorrem dentro de um contexto social e físico, esse envolvimento inclui aspectos subjetivos de experiências específicos do contexto onde os idosos estão inseridos. Neste sentido, foi necessário compreender e classificar as atividades executadas pelos mesmos. A prática de pescar, por exemplo, para um idoso rural é considerada uma AIVD, enquanto que para o idoso urbano a mesma atividade pode ser um lazer.

Todos os domínios da QV tiveram *scores* considerados excelentes e muito bom, porém não houve diferença entre os dois contextos, de maneira geral a melhor média foi Saúde Mental, enquanto que a pior variável foi Aspecto Físico. Ainda sobre a QV, os Aspectos Emocionais, Aspectos Sociais e Saúde Mental tiveram resultados excelentes, porém Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais e Dor se apresentaram como piores resultados.

Vale ressaltar a ocorrência de algumas barreiras que limitaram o desenvolvimento dos estudos, o primeiro ponto foi a respeito da dificuldade em identificar os registros demográficos de idosos em ilhas pertencentes ao distrito de Belém. Para isso, foi necessário realizar um mapeamento local do quantitativo dos idosos com a contribuição de agentes comunitários de saúde e dos moradores locais. Um outro ponto relevante é o fato de um grande quantitativo de idoso não ser elegível a participarem do estudo, esses por sua vez, não eram somente excluídos, recebiam orientações quanto as demandas identificadas na aplicação da avaliação.

Cabe destacar que a tese objetivou comparar os contextos urbano e rural, porém não teve o intuito de identificar o melhor ou o pior local para envelhecer. Este estudo apontou e proporcionou uma reflexão das variáveis utilizadas considerando as especificidades locais, confirmando que foram encontrados aspectos heterogêneos e que essas diferenças devem ser sanadas ou minimizadas em prol do envelhecimento saudável em ambos os contextos.

Destaca-se que a presente pesquisa abordou questões de relevância social e científica ao investigar o envelhecimento nos contextos urbano e rural. Espera-se que os resultados aqui obtidos possam futuramente contribuir para a implementação de ações que visem melhorar aspectos ligados ao envelhecimento e, conseqüentemente, aos idosos da Amazônia. Pontua-se

que em ilhas amazônicas, em geral distantes dos grandes centros urbanos, as dificuldades para lidar com esse tipo de problema serão ainda maiores, não somente pela falta de profissionais habilitados, mas também pela ausência de infraestrutura por parte do serviço público de saúde.

Referências

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., & Duez, N. J. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-375.
- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 1-50. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- Aranha, M. F. F. (2017). *Conceito “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” e instrumentos de avaliação*. Monografia do Mestrado, Integrado em Ciências Farmacêuticas, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Arias, C. J. (2015). La red de apoyo social. Cambios a lo largo del ciclo vital. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(20), 149-172.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds). *Successful aging. Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-construtivism. *Research in Human Development*, 1(3), 123-144.
- Bentes, A. L. S., Brasil. A. B. B., Neto, Andrade, P. C., Braga, A. N., Peres, V. C., Santos, R. A., Jr, Franco, M. J. B., Santos, A. B. S. (2017). Dinâmica do uso do solo na ilha de Caratateua, Belém, Pará. *Agroecossistemas*, 9(2), 360 – 369.
- Bernardo, C. H. C., Bernardes, J. C., & Queiróz, T. R. (2016). O jovem urbano ruralizado: análise da comunicação no “mundo rural digital”. Bauru: *Revista Comunicação Midiática*, 11(1), 141-154.
- Bordalo, A. A. (2006). Estudo transversal e/ou longitudinal. *Revista Paraense de Medicina*, 20(4), p. 5.
- Brasil. (2010). *Brasil Atlas de Desenvolvimento Humano*. Recuperado em 26 fevereiro, 2019, de www.atlasbrasil.org.br.
- Brito, J. L. (2019). *Ecologia do Cuidado em Instituições de Longa Permanência para Idosos*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Brasil. 126p.
- Campos, A. C. V., & Gonçalves, L. H. T. (2018). Aging demographic profile in municipalities in the state of Pará, Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 591-598. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0070>
- Cauas, D. (2015). *Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación*. Bogotá: biblioteca electrónica de la universidad Nacional de Colombia.

- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1997). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39, 143-150.
- Costa, F. J. F. N. (2015). *Um estudo sobre a aposentadoria compulsória à luz da Teoria das Representações Sociais*. Dissertação de Mestrado, Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, Brasil.
- Faller, J. W., Teston, E. F., & Marcon, S. S. (2015). A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. *Texto Contexto Enfermagem*, 24(1), 128-137.
- Fernandes, D. S. (2015). Em busca do desenvolvimento sustentável: a construção de relações sociais em comunidades ribeirinhas da Amazônia. *Revista Ciência e Cultura*, 67(2), 54-57.
- Ferreira, L. S., Pinho, M. S. P., Pereira, M. W. M., & Ferreira, A. P. (2014). Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 247-251. <http://doi.org/10.5935/0034-7167.20140033>
- Ferreira, M. C. G., Tura, L. F. R., Silva, R. C., & Ferreira, M. A. (2017). Social representations of older adults regarding quality of life. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 806-813. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0097>
- Fischer, M. L., Renk, V. E., Moser, A. M., & Artigas, N. A. S. (2018). Diálogos entre bioética e saúde global: análise de usuários e usos de parques urbanos como indicadores éticos na promoção de bem-estar. *Cadernos Metrópole*, 20(42), 471-492. <http://dx.doi.org/10.1590/2236-9996.2018-4208>
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., ... Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33(2), 198-205.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Cachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 350-356.
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). Resiliência e velhice: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475-1495.
- Freitas, E. V., Py, L., Cançado, F. A. X., Doll, J., & Gorzoni, M. L. (2013). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gomes, I., Ferreira, A. C., Silveira, A. C. C., & Resende, F. C. (2015). Comunidades Rurais (mas nem tanto): proposta de definição de critérios para diferenciação rural-urbana. *Geografias*, 11(2), 122-137.
- Guarnieri, A. P. (2016). Múltiplas facetas do envelhecimento da população brasileira. *ABCS Health Sciences*, 41(3), 138.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios, resultado do universo*. Rio de Janeiro.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2016). *Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios*. Recuperado em 15 janeiro, 2019, de <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios*. Recuperado em 26 fevereiro, 2019, de <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>.
- Prefeitura de Belém. (1996). *Lei n. 7806, de 30 de julho de 1996*. Delimita as áreas que compõem os bairros de Belém, revoga a lei nº 7.245/84, e dá outras providências. Recuperado de <https://cm-belem.jusbrasil.com.br/legislacao/581764/lei-7806-96>
- Li, S. C., & Freund, A. (2005), Advances in Lifespan Psychology: A focus on biocultural and personal inferences. *Research in Human Development*, 2(1, 2), 1-23.
- Lima, D. B. (2017). *Análise da relação entre o estilo de vida, aspectos cognitivos, capacidade de compensação cognitiva e níveis de BDNF em idosos*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Lomba, R. M., & Fonseca, M. B. S. (2017). Modos de vida ribeirinho na comunidade Foz do Rio Mazagão. *Ateliê Geográfico*, 11(1), 257-276.
- Lopes, M. J., Araújo, J. L. de, & Nascimento, E. G. C. do. (2016). O envelhecimento e a qualidade de vida: a influência das experiências individuais. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(2), 181-199.
- Manso, M. E. G. (2015). *Saúde e Doença: do controle sobre os corpos à perspectiva do adoecido*. São Paulo, SP: Max Limonad.
- Manso, M. E. G. (2017). Envelhecimento, saúde do idoso e o setor de planos de saúde no Brasil. *Revista Kairós - Gerontologia*, 20(4), 135-151.
- Mari, F. R., Alves, G. G., Aerts, D. R. G. C., & Camara, S. (2016). The aging process and health: what middle-aged people think of the issue. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 1(19), 35-44.
- Mascarenhas, B. M., Guimarães, D. G., Brígida, M. S., Pinto, C. S., Gomes, H. A., Neto, & Pereira, J. D. B. (2009). Estudo de anofelinos antropofílicos peridomiciliares da Praia da Saudade na Ilha de Cotijuba: uma área endêmica de malária em Belém, Pará. *Acta Amazônica*, 39(2), 453-458.
- Menezes, J. N. R., Costa, M. P. M., Iwata, A. C. N. S., Araujo, P. M. A., Oliveira, L. G., Souza, C. G. D., & Fernandes, P. H. P. D. (2018). A Visão do Idoso Sobre o Seu Processo de Envelhecimento. *Revista Contexto & Saúde*, 18(35), 8-12.
- Mota, R. S. M., Oliveira, M. L. M. C., & Batista, E. C. (2017). Qualidade de Vida na velhice: uma reflexão teórica. *Revista Communitas*, 1(1), 47-61.
- Nascimento, R. G. N. (2017). *Fragilidade e Condições de Saúde de Idosos Ribeirinhos da Amazônia: Indicadores epidemiológicos e aspectos subjetivos*. Tese de Doutorado,

Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém-PA, Brasil.

Neri, A. (2003). *Qualidade de vida na velhice: Fisioterapia geriátrica*. São Paulo: Manole.

Neri, A. (2005). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.

Neri, A. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia* [online], 14(1), 17-34.

Oliveira, A. S. (2015). *Envelhecimento populacional e o surgimento de novas demandas de políticas públicas de Viana/ES*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Espírito Santos, Vitória, ES, Brasil.

Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Trad. Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. WHO Library Cataloguing in Publication: Geneva.

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Organização Mundial de Saúde*. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra, Suíça: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2002) *Active Ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization.

Palheta-Carvalho, P. D. (2018). *Qualidade de vida e desempenho cognitivo em idosos com e sem doença de Alzheimer*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém-PA, Brasil.

Papaléo Netto, M. (2013). O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In Freitas, E. V., Py, L., Cançado, F. A. X., Doll, J., & Gorzoni, M. L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (3a ed., Cap. 1, pp. 62-75). Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Pereira, E. F., Texeira, C. S., & Santos, A. (2012). *Revista Brasileira de Educação Física e Esportes*, 26(2), 241-50.

Pinheiro, F. M., Santo, F. H. E., Chibante, C. L. P., & Pestana, L. C. (2016). Perfil de idosos hospitalizados segundo virginia henderson: contribuições para o cuidado em enfermagem. *Care Online*, 8(3), 4789-4795. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4789-4795>

Prefeitura de Belém. (2019). *Dados da cidade*. Recuperado em 15 de fevereiro de 2019, <http://www.belem.pa.gov.br/planodiretor/paginas/brasao.php>

Reis, D. C., Araújo, M. E. C., Santos, S. S. L., Silva, S. S. C., & Pontes, F. A. R. (2012). Araraiana e Combu: um estudo comparativo de dois contextos ribeirinhos amazônicos. *Temas em Psicologia*, 20(2), 429 – 438.

Ribeiro, P. C. C. (2015). A psicologia frente aos desafios do envelhecimento populacional. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8(2), 269-283.

- Rodrigues, L. M. B., Lira, A. U. S., Santos, F.A., & Jardim, M. A. G. (2006). Composição florística e usos das espécies vegetais de dois ambientes de florestas de Várzea. *Revista Brasileira de Farmácia*, 87, 45-48.
- Scoralick-Lempke, N. N., & Barbosa, A. J. G. (2012). Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva *Life-Span*. *Estudos de Psicologia*, 29(Supl.), 647-655.
- Sposito, G., Neri, A. L., & Yassuda, M. S. (2016). Atividades avançadas de vida diária (AAVDs) e o desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade: Dados do Estudo FIBRA Polo UNICAMP. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 19(1), 7-20. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.15044>.
- Tavares, M. G. C., Gomes, K. S., Costa, M. A. F., & Ribeiro, W. O. (2007). Turismo e desenvolvimento local em uma ilha fluvial na Região Metropolitana de Belém: o caso da ilha de Mosqueiro na Amazônia brasileira. *Revista Universitária de Geografia*, 16(1), 125-145.
- The World Health Organization quality of life assessment Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1410.
- Wang, H. X., Jin, Y., Hendrie, H. C., Liang, C., Yang, L., Cheng, Y., Unverzagt, F. W., Ma, F., Hall, K. S., Li, P., Bian, J., Pei, J. J., & Gao, S. (2013). Late life leisure activities and risk of cognitive decline. *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences*, 68(2), 205-213.
- World Health Organization (WHO). *Men, Ageing and Health*. Achieving health across the span: [Em linha]. Genebra: WHO, 2001. [Consult. 18 Jul. 2014]. Disponível na Internet: <URL: http://www.whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf?ua=1>.
- Wu, A. W., Hays, R. D., Kelly, S., Malitz, F., & Bozzette, S. A. (1997). Applications of the medical Outcomes study healthrelated quality of life measures in HIV/AIDS. *Quality of Life Research*, 6(6), 531-554.
- Xavier, C. M. N., Bueno, K. M. P., Assis, L. O., Almeida, S. C., & Assis, M. G. (2017). A aposentadoria na perspectiva ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 28(2), 214-220.

Apêndice A - Questionário de Caracterização dos Participantes

1. Informações gerais

Nome:

Idade:

Data de Nascimento:

Endereço:.....

2. Informações demográficas e socioeconômicas

2.1 Sexo	Masculino	()
	Feminino	()
2.2 Estado conjugal	Solteiro(a)	()
	Casado(a)	()
	Viúvo(a)	()
	Outros	()
2.3 Escolaridade	Analfabeto	()
	Ensino Fundamental Incompleto	()
	Ensino Fundamental Completo	()
	Ensino Médio Incompleto	()
	Ensino Médio Completo	()
	Graduação	()
	Pós-graduação	()
2.4 Renda pessoal mensal	1 salário mínimo	()
	De 2 a 3 salários mínimos	()
	Mais de 4 salários mínimos	()
2.5 Renda familiar mensal	1 salário mínimo	()
	De 2 a 3 salários mínimos	()
	Mais de 4 salários mínimos	()

3. Hábitos de vida e saúde

3.1 Atividade de lazer	Não	()
	Sim: Qual? _____	()
3.2 Participação de grupos na comunidade	Não	()
	Sim: Qual? _____	()
3.3 Visita amigos e familiares	Não	()
	Sim	()
3.4 Recebe visita de amigos e familiares	Não	()
	Sim	()
3.5 Atividade física	Não	()
	Sim: Qual? _____ Frequência: _____	()
3.6 Alimentação	1 refeição durante o dia	()
	2 refeições durante o dia	()
	3 refeições durante o dia	()
	4 ou mais refeições durante o dia	()

3.7 Problemas de saúde	Não	()
	Sim: Qual? _____	()
3.8 Uso de medicação	Não	()
	Sim: Qual? _____	()

Apêndice B - Questionário das Condições Habitacionais

1. Contexto	Rural Urbano	() ()
2. Tipo de moradia	Própria Alugada Outros	() () ()
3. Tipo de construção	Alvenaria Madeira Barro Outros: _____	() () () ()
4. Arranjo espacial da moradia Nº de cômodos: _____	Sala Quarto Cozinha Banheiro	() () () ()
5. Posse de eletrodomésticos e móveis	Geladeira Fogão Televisão + Antena parabólica Aparelho de som Maq. Lavar roupa Móveis Cama Ventilador Batedora de açaí Outros _____	() () () () () () () () () ()
6. Energia elétrica	Relógio de controle próprio Gerador particular Improvisada (gato) Sem energia Relógio Comunitário Lamparina	() () () () () ()
7. Abastecimento de água	Rio Distribuição pública coletiva Rio + Distribuição pública coletiva Rede Pública (encanada) Poço Barco de distribuição	() () () () () ()
8. Tratamento da água	Não Sim: Qual? _____	() ()
9. Destino do lixo domiciliar	Coleta pública Corrente de água Queimado Enterrado Outro: _____	() () () () ()
10. Destino do esgoto domiciliar	Rede Pública Céu aberto Fossa Outro _____	() () () ()

Apêndice C - Roteiro da Rotina Semanal

• DURANTE A SEMANA

PERÍODO DO DIA	ATIVIDADES
MANHÃ	
TARDE	
NOITE	

• FINAL DE SEMANA

PERÍODO DO DIA	ATIVIDADES
MANHÃ	
TARDE	
NOITE	

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE
(Baseado na resolução Nº. 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, na pesquisa: **Envelhecimento Humano na Amazônia: crenças dos cuidadores e sua relação com a qualidade de vida e desempenho cognitivo de idosos de contextos urbano e ribeirinho.** Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua, e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado e nem terá sua identidade divulgada.

Em caso de dúvida você pode procurar o pesquisador ou o **Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará, localizado no endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92 CEP:66055-240 Umarizal, telefone 3201-0961 e-mail: cepbel@ufpa.br**

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo geral desta pesquisa são descrever a qualidade de vida e desempenho cognitivo de idosos nos contextos urbano e ribeirinho) e os específicos são: 1) Identificar o perfil demográfico e socioeconômico da amostra de idosos residentes em comunidades urbanas e ribeirinhas do estado do Pará, Brasil; 2) Aferir a qualidade de vida dos idosos nos contextos urbano e ribeirinho do estado do Pará, Brasil; 3) Aferir o desempenho cognitivo dos idosos nos contextos urbano e ribeirinho do estado do Pará, Brasil.

A qualidade de vida engloba fatores de natureza biológica, psicológica e socioestrutural. Está baseada em longevidade, saúde física, saúde mental, satisfação com a vida, continuidade de relações com amigos, entre outros. O desempenho cognitivo diz respeito às funções cerebrais, cognitivas, como memória, linguagem, percepção, por exemplo.

Alguns estudos apontam que quanto melhor a qualidade de vida, maior a chance das funções cognitivas serem preservadas.

Esta pesquisa não apresenta nenhum risco à sua integridade física ou psicológica e durante a coleta de dados você poderá se expressar livremente. Porém, caso seja observado pelo pesquisador ou relatado por você algum incômodo que requeira atendimento especializado, você será orientado e encaminhado para atendimento na rede de saúde pública. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, mesmo que a mesma já tenha sido iniciada.

Os dados coletados serão utilizados para a elaboração de relatórios e artigos científicos, sendo que quando estes forem publicados, em nenhuma hipótese serão divulgados quaisquer dados que lhe identifiquem, guardando assim, o absoluto sigilo de suas informações pessoais.

Esta pesquisa, além de oferecer benefícios à você, uma vez que trará informações relevantes a respeito de suas funções cognitivas, oferecerá também benefícios tanto à comunidade científica quanto à sociedade, visto que contribuirá para o conhecimento de questões relevantes a cerca do envelhecimento humano.

Todo o material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda do pesquisador responsável, podendo ser acessado a qualquer momento por você, mediante solicitação prévia ao pesquisador. Informamos também que os resultados da pesquisa serão informados a todos os participantes, bem como às instituições colaboradoras da pesquisa.

Pesquisador responsável:

Data: ____/____/____

Prof^a Dra. Celina Maria Colino Magalhães. Celular (91) 98020.7933. E-mail: celinaufpa@gmail.com

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO:

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecida sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com as informações necessárias.

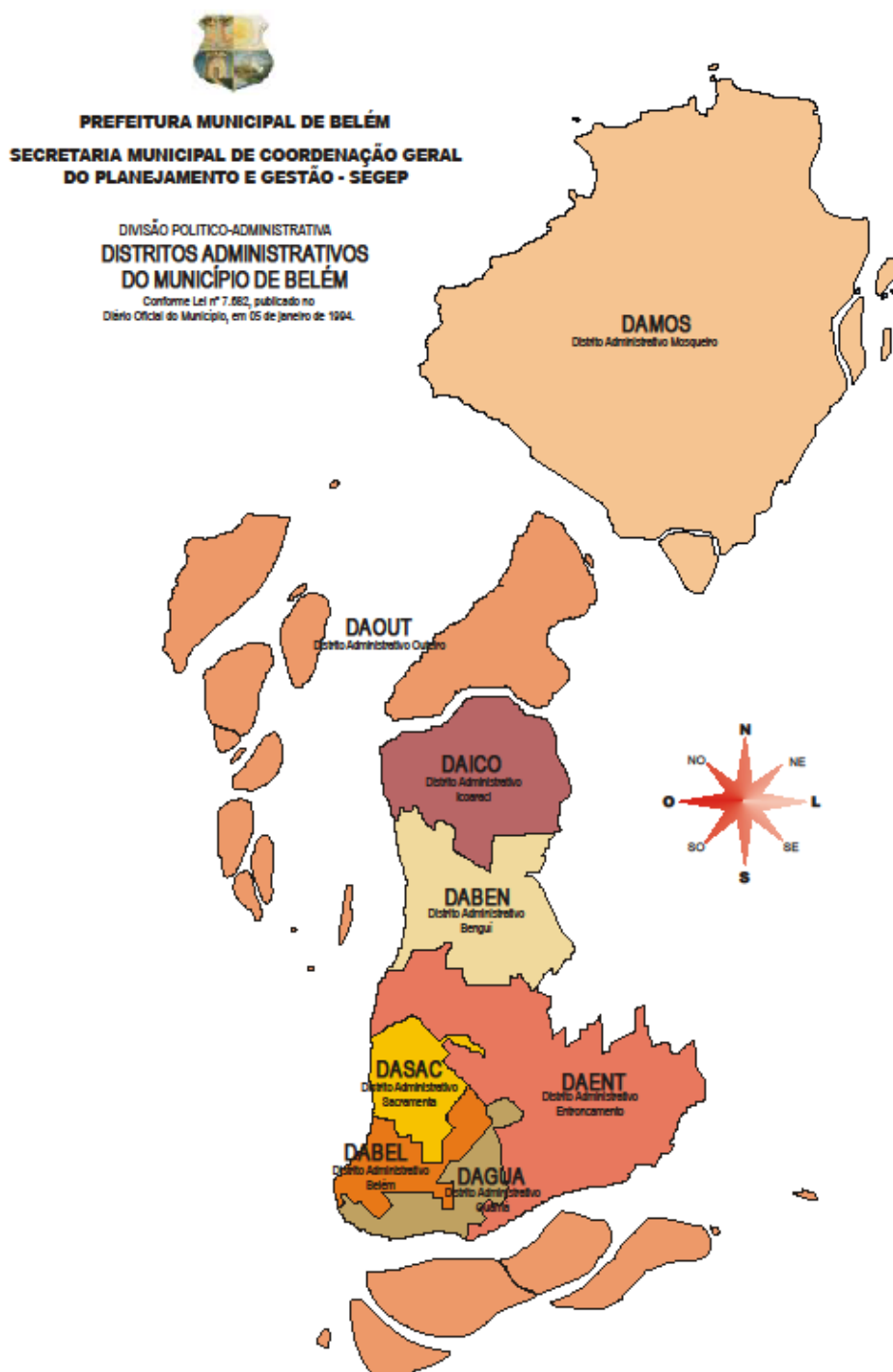
NOME: _____

Belém, ____/____/____.

RG: _____

Assinatura do participante

Anexo A – Distritos Administrativos do Município de Belém



Base cartográfica: Cadastro Técnico Multifinalitário - PMB

Anexo B – Bairros do Município de Belém

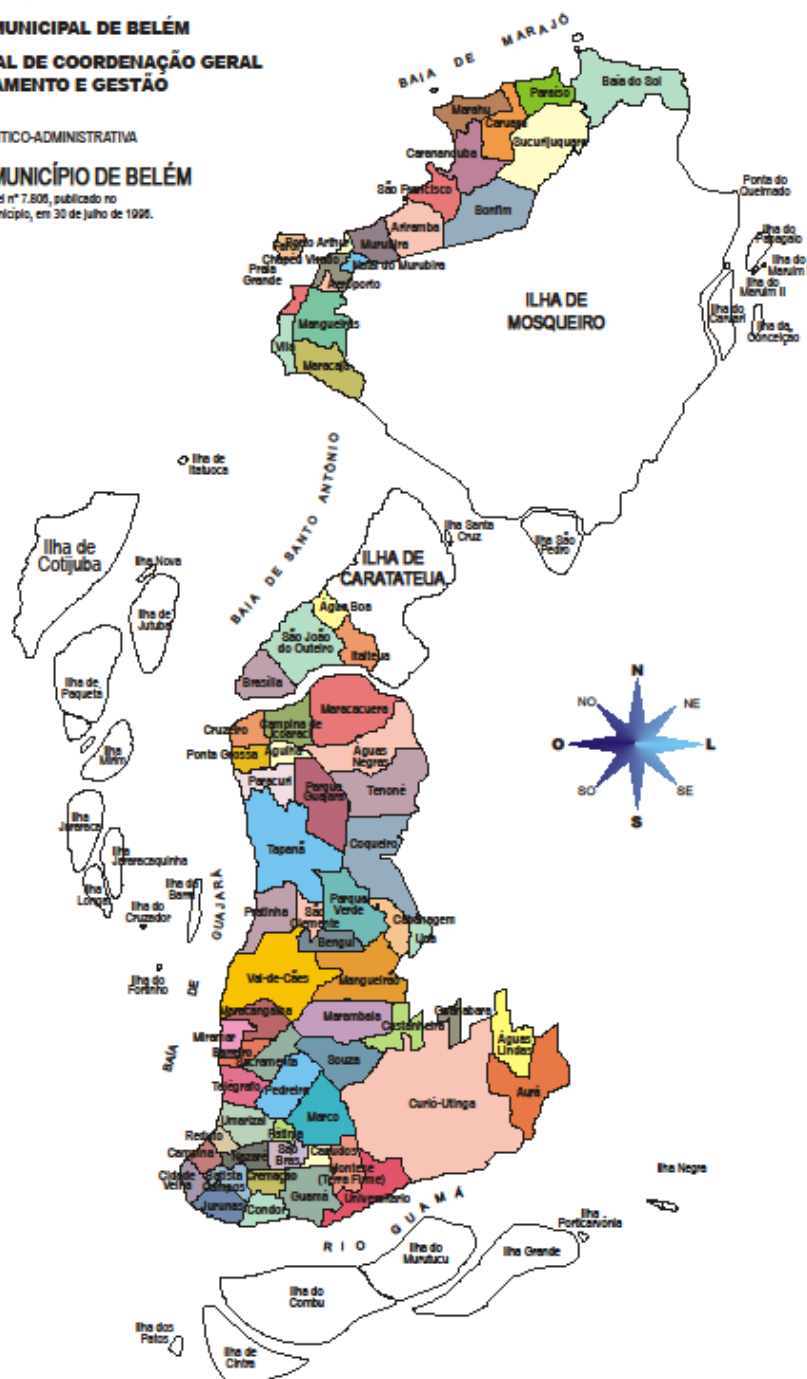


PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE COORDENAÇÃO GERAL
DO PLANEJAMENTO E GESTÃO

DIVISÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA

BAIRROS DO MUNICÍPIO DE BELÉM

Conforme Lei nº 7.806, publicado no
Diário Oficial do Município, em 30 de julho de 1996.



Base cartográfica: Cadastro Técnico Multifinalitário - PMB

Anexo C - Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

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

2- Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

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

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

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

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

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

9- 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, marque uma resposta que mais se aproxime com a maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6

i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6
--	---	---	---	---	---	---

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

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

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Anexo D - Exame Cognitivo de Addenbrooke – Versão Revisada
Título original: Addenbrooke's Cognitive Examination – Revised (ACE-R)

ORIENTAÇÃO						
➤ Perguntar: Qual é	Dia da semana	O dia do mês	O mês	O ano	A hora aproximada	[Escore 0-5]
➤ Perguntar: Qual é	Local específico	Local genérico	Bairro ou rua próxima	Cidade	Estado	[Escore 0-5]
REGISTRO						
➤ Diga: "Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo "(Dar um ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas. Registre o número de tentativas:						[Escore 0-3]
ATENÇÃO & CONCENTRAÇÃO						
➤ Subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere um ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinando espontaneamente se corrigir. Pare após 5 subtrações (93, 86, 79, 72, 65):						[Escore 0-5]
MEMÓRIA - Recordação						
➤ Pergunte quais as palavras que o indivíduo acabara de repetir. Dar um ponto para cada.						[Escore 0-3]
MEMÓRIA - Memória anterógrada						
➤ Diga: " Eu vou lhe dar um nome e um endereço e eu gostaria que você repetisse depois de mim. Nós vamos fazer isso três vezes, assim você terá a possibilidade de aprendê-los. Eu vou lhe perguntar mais tarde." Pontuar apenas a terceira tentativa:						[Escore 0-7]
	1ª Tentativa	2ª Tentativa	3ª Tentativa			
Renato Moreira	.....	.....	.....			
Rua Bela Vista 73	.....	.....	.....			
Santarém	.....	.....	.....			
Pará	.....	.....	.....			
MEMÓRIA - Memória Retrógrada						
➤ Nome do atual presidente da República.....						[Escore 0-4]
➤ Nome do presidente que construiu Brasília.....						
➤ Nome do presidente dos EUA.....						
➤ Nome do presidente dos EUA que foi assassinado nos anos 60.....						

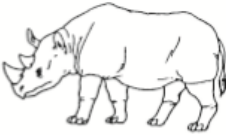
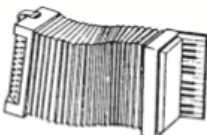
ATENÇÃO E ORIENTAÇÃO

M E M Ó R I A

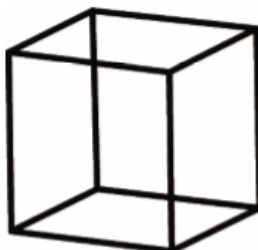
FLUÊNCIA VERBAL – Letra “P” e Animais																						
➤ Letras Diga: “ Eu vou lhe dizer uma letra do alfabeto e eu gostaria que você dissesse o maior número de palavras que puder começando com a letra, mas não diga nomes de pessoas ou lugares. Você está pronto(a) ? Você tem um minuto e a letra é “P”.				[Escore 0-7]																		
0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg	<table border="1"> <tr><td>>17</td><td>7</td></tr> <tr><td>14-17</td><td>6</td></tr> <tr><td>11-13</td><td>5</td></tr> <tr><td>8-10</td><td>4</td></tr> <tr><td>6-7</td><td>3</td></tr> <tr><td>4-5</td><td>2</td></tr> <tr><td>2-3</td><td>1</td></tr> <tr><td><2</td><td>0</td></tr> <tr><td>total</td><td>acertos</td></tr> </table>	>17	7	14-17	6	11-13	5	8-10	4	6-7	3	4-5	2	2-3	1	<2	0	total	acertos
>17	7																					
14-17	6																					
11-13	5																					
8-10	4																					
6-7	3																					
4-5	2																					
2-3	1																					
<2	0																					
total	acertos																					
➤ Animais Diga: “Agora você poderia dizer o maior número de animais que conseguir, começando com qualquer letra?”				[Escore 0-7]																		
0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg	<table border="1"> <tr><td>>21</td><td>7</td></tr> <tr><td>17-21</td><td>6</td></tr> <tr><td>14-16</td><td>5</td></tr> <tr><td>11-13</td><td>4</td></tr> <tr><td>9-10</td><td>3</td></tr> <tr><td>7-8</td><td>2</td></tr> <tr><td>5-6</td><td>1</td></tr> <tr><td><5</td><td>0</td></tr> <tr><td>total</td><td>acertos</td></tr> </table>	>21	7	17-21	6	14-16	5	11-13	4	9-10	3	7-8	2	5-6	1	<5	0	total	acertos
>21	7																					
17-21	6																					
14-16	5																					
11-13	4																					
9-10	3																					
7-8	2																					
5-6	1																					
<5	0																					
total	acertos																					
L I N G U A G E M - C o m p r e e n s ã o																						
➤ Mostrar a instrução escrita e pedir ao indivíduo para fazer o que está sendo mandado (não auxilie se ele pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando):				[Escore 0-1]																		
Feche os olhos																						
➤ Comando : “ Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque -o no chão.” Dar um ponto para cada acerto. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.				[Escore 0-3]																		
L I N G U A G E M - E s c r i t a																						
➤ Peça ao indivíduo para escrever uma frase: Se não compreender o significado, ajude com: <i>alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer.</i> Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos. Dar um ponto.				[Escore 0-1]																		

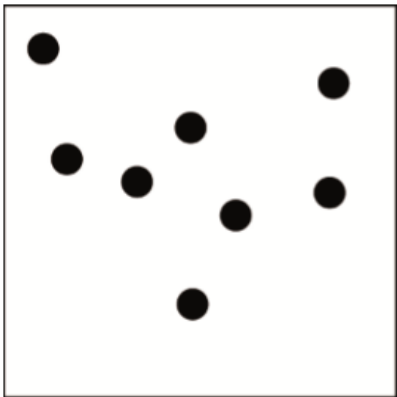
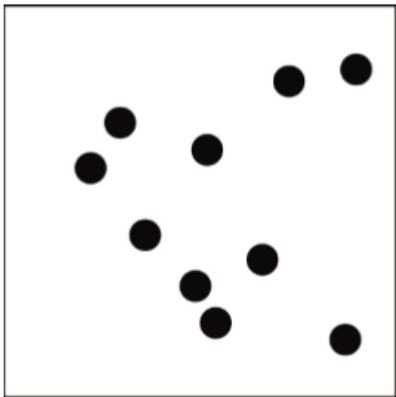
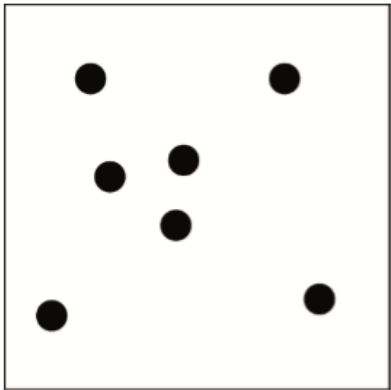
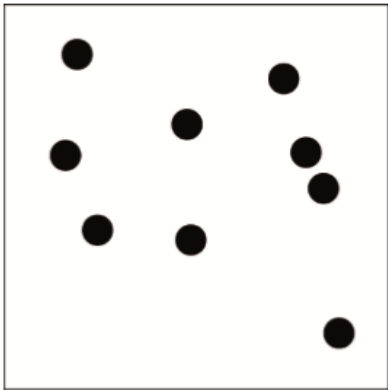
LINGUAGEM - Repetição		
➤ Peça ao indivíduo para repetir: “hipopótamo”; “excentricidade”; “ininteligível”; “estatístico”. Diga uma palavra por vez e peça ao indivíduo para repetir imediatamente depois de você. Pontue 2, se todas forem corretas; 1, se 3 forem corretas; 0, se 2 ou menos forem corretas.	[Escore 0-2] 	
	[Escore 0-1] 	
➤ Peça ao indivíduo que repita: “Acima, além e abaixo”	[Escore 0-1] 	
➤ Peça ao indivíduo que repita: “Nem aqui, nem ali, nem lá”	[Escore 0-1] 	

LINGUAGEM - Nomeação

➤ Peça ao indivíduo para nomear as figuras a seguir:			[Escore 0-2] caneta + relógio 	M
				
			[Escore 0-10] 	G
				A
				U
				G
				N
				I
				L

LINGUAGEM - Compreensão		
➤ Utilizando as figuras acima, peça ao indivíduo para:		[Escore 0-4]
• Apontar para aquela que está associada com a monarquia _____ • Apontar para aquela que é encontrada no Pantanal _____ • Apontar para aquela que é encontrada na Antártica _____ • Apontar para aquela que tem uma relação náutica _____		

LINGUAGEM - Leitura		
➤ Peça ao indivíduo para ler as seguintes palavras: [Pontuar com 1, se todas estiverem corretas] táxi testa saxofone fixar ballet	[Escore 0-1]	LINGUAGEM
HABILIDADES VISUAIS-ESPACIAIS		
➤ Pentágonos sobrepostos: Peça ao indivíduo para copiar o desenho e para fazer o melhor possível.	[Escore 0-1]	VISUAL - ESPACIAL
		
➤ Cubo: Peça ao indivíduo para copiar este desenho (para pontuar, veja guia de instruções)	[Escore 0-2]	
		
➤ Relógio: Peça ao indivíduo para desenhar o mostrador de um relógio com os números dentro e os ponteiros marcando 5:10 h.(para pontuar veja o manual de instruções: círculo = 1; números = 2; ponteiros = 2, se todos corretos)	[Escore 0-5]	

HABILIDADES PERCEPTIVAS			
➤ Peça ao indivíduo para contar os pontos sem apontá-los.		[Escore 0-4]	
			V I S U A L - E S P A C I A L
			

HABILIDADES PERCEPTIVAS			
➤ Peça ao indivíduo para identificar as letras:			[Escore 0-4]
			V I S U A L - E S P A C I A L
			
			
RECORDAÇÃO & RECONHECIMENTO			
➤ Peça "Agora você vai me dizer o que você se lembra daquele nome e endereço que nós repetimos no começo".			M E M Ó R I A
Renato Moreira Rua Bela Vista 73 Santarém Pará	..... ..... ..... .....	[Escore 0-7] 	
➤ Este teste deve ser realizado caso o indivíduo não consiga se recordar de um ou mais itens. Se todos os itens forem recordados, salte este teste e pontue 5. Se apenas parte for recordada, assinale os itens lembrados na coluna sombreada do lado direito. A seguir, teste os itens que não foram recordados dizendo "Bom, eu vou lhe dar algumas dicas: O nome / endereço era X, Y ou Z?" e assim por diante. Cada item reconhecido vale um ponto que é adicionado aos pontos obtidos pela recordação.			[Escore 0-5]
Ricardo Moreira	Renato Moreira	Renato Nogueira	Recordação
Bela Vida	Boa Vista	Bela Vista	Recordação
37	73	76	Recordação
Santana	Santarém	Belém	Recordação
Pará	Ceará	Paraíba	Recordação
Escore Geraís			
		MEEM	/30
		ACE-R	/100
Subtotais			
		Atenção e Orientação	/18
		Memória	/26
		Fluência	/14
		Linguagem	/26
		Visual-espacial	/16
ESCORES			

Anexo E – Escala de Depressão Geriátrica – GDS 15

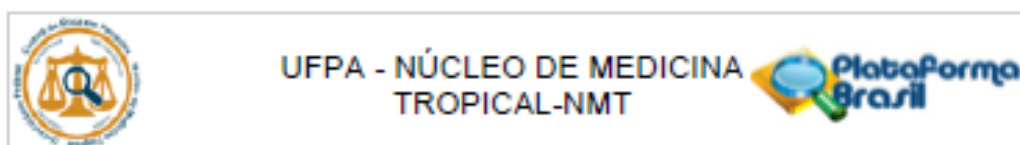
1	De maneira geral, o senhor(a) está satisfeito com a vida?	SIM	NÃO
2	O senhor(a) abandonou muitas das coisas que fazia ou gostava de fazer?	SIM	NÃO
3	O senhor(a) acha a sua vida sem sentindo atualmente?	SIM	NÃO
4	O senhor(a) está geralmente aborrecido(a)?	SIM	NÃO
5	O senhor(a) está de bom humor a maior parte do tempo?	SIM	NÃO
6	O senhor(a) se sente inseguro achando que alguma coisa de ruim vai lhe acontecer?	SIM	NÃO
7	De maneira geral, o senhor(a) costuma se sentir feliz?	SIM	NÃO
8	O senhor(a) costuma se sentir desamparado?	SIM	NÃO
9	O senhor(a) prefere ficar em casa em vez de sair e fazer alguma outra coisa?	SIM	NÃO
10	O senhor(a) tem mais dificuldades para se lembrar das coisas do que a maioria das pessoas?	SIM	NÃO
11	O senhor(a) acha que vale a pena estar vivo hoje?	SIM	NÃO
12	O senhor(a) costuma se sentir menos útil com a idade que tem hoje?	SIM	NÃO
13	O senhor(a) se sente bem disposto?	SIM	NÃO
14	O senhor(a) acha que sua situação não pode ser melhorada?	SIM	NÃO
15	O senhor(a) acha que a maioria das pessoas está em melhores condições que o senhor(a)?	SIM	NÃO

Fonte: Ribeiro et al, 1994.

Pontuação: _____

> 5 suspeita de depressão.

Anexo F - Aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENVELHECIMENTO HUMANO NA AMAZÔNIA: QUALIDADE DE VIDA E DESEMPENHO COGNITIVO DE IDOSOS DE CONTEXTOS URBANO E RIBEIRINHO

Pesquisador: Celina Maria Colino Magalhães

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 72999517.6.0000.5172

Instituição Proponente: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.301.639

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa que foi submetido à Chamada Universal 2016 do CNPQ e aprovado para execução num período de três anos. O projeto parte da consideração de que existe relação entre qualidade de vida e o desempenho cognitivo dos idosos. Desse modo o objetivo do presente estudo é justamente compreender essa relação entre a qualidade de vida o desempenho cognitivo de idosos em dois contextos (urbano e ribeirinho) através da aplicação dos instrumentos: Escala de Depressão Geriátrica-GDS 10 ; Questionário de caracterização dos participantes; Questionário sobre velhice; Exame Cognitivo de Addenbrooke; Roteiro de Análise de Contexto e Escalas de Qualidade de vida SF-36. A pesquisa será norteada pelas seguintes questões: Existe relação entre desempenho cognitivo e qualidade de vida? A diferença de contexto, ou seja, a diversidade de experiências altera essas variáveis?

Estudos mostram que o desempenho cognitivo de pessoas idosas sofre forte influência de variáveis como escolaridade, idade, renda familiar, gênero, estado civil, participação cotidiana ativa, estilo de vida e autopercepção de saúde,

sugerindo assim que um envelhecimento saudável e a manutenção das funções cognitivas envolvem múltiplos fatores, com alguns podendo ser

modificados no intento de melhorar a qualidade de vida na velhice, como é o caso do estilo de vida

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92

Bairro: Umarizal

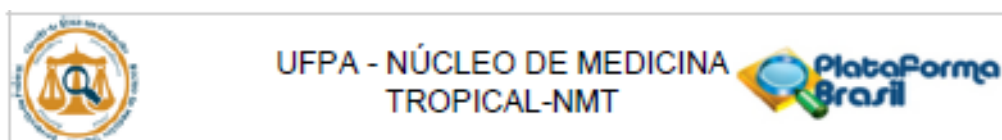
CEP: 66.055-240

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-0961

E-mail: cepbel@ufpa.br



Continuação do Parecer: 2.301.639

expressa a participação dos idosos que lá residem.

Recomendações:

Não há recomendações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências, recomenda-se a aprovação do projeto. Enviar o relatório, via plataforma brasil, quando o projeto for finalizado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_905073.pdf	03/08/2017 18:49:20		Acelto
Folha de Rosto	Folha.pdf	03/08/2017 18:48:42	Patricia Fernandes Holanda Carraro	Acelto
Outros	Oficio.jpg	09/05/2017 21:59:13	Patricia Fernandes Holanda Carraro	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/05/2017 21:56:32	Patricia Fernandes Holanda Carraro	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	09/05/2017 21:56:08	Patricia Fernandes Holanda Carraro	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 27 de Setembro de 2017

Assinado por:
ANDERSON RAIOL RODRIGUES
(Coordenador)

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92
Bairro: Umarizal CEP: 66.055-240
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-0961 E-mail: cepbel@ufpa.br