

doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.35.90.25732>

**Classificação da Funcionalidade de idosos de um núcleo de maturescência:
a relevância dos aspectos psicossociais.**

**Classification of Functionality of elderly in a maturescence center: the
relevance of psychosocial aspects**

^aAuristela Duarte de Lima Moser, auristela.lima@pucpr.br ^bMariane Benicio, ^bBárbara Cordeiro Santos, ba-cordeiro@hotmail.com, ^bKaroleen Oswald Scharan, karoleen.s@hotmail.com, ^cAna Maria Moser, ana.moser@pucpr.br

^a Dra. Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde PPGTS-PUCPR;

^b Mestres em Tecnologia em Saúde -PPGTS-PUCPR

^c Departamento de Psicologia PUCPR.

Resumo

Buscando operacionalizar o conceito de funcionalidade, a Organização Mundial da Saúde publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que possibilita o registro de perfis de funcionalidade, incapacidade e saúde e seus domínios relacionados. **Objetivo.** Conhecer o estado de funcionalidade dos participantes de um serviço de atenção ao idoso utilizando a CIF. **Método.** A amostra foi composta por 59 participantes, que responderam a dois questionários elaborados, com base na CIF, além do Miniexame do Estado Mental (MEEM). Os dados foram tratados no IBM SPSS Statistics 20. **Resultados.** Registrou-se idade média de 65,8 anos ($\pm 7,5$), prevalência de mulheres, indivíduos com alta escolaridade e com renda familiar de 8 salários mínimos ou mais. Pontuação igual ou superior a 25 pontos no MEEM foi alcançada por 89,8% da amostra. A maioria dos participantes não

apresentou deficiência em Funções do Corpo nem dificuldade em Atividades e Participação e considerou seu ambiente como facilitador, o que permitiu inferir que tais sujeitos apresentaram bom estado de funcionalidade. Porém, os que o fizeram relataram dificuldades relativas às funções mentais e atividades relacionadas à cognição. A CIF mostrou-se um importante instrumento para acessar a saúde e seus estados relacionados possibilitando uma leitura das necessidades dos sujeitos, não apenas ressaltando as demandas biológicas, psicológicas e sociais, mas também indicando a interdependência entre as mesmas.

Palavras-chave: Idoso. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Saúde do Idoso. Serviços de Saúde para Idosos.

Abstract

To know the state of functionality of the elderly enrolled in an elderly care service using the ICF. **Methods:** The sample consisted of 59 subjects who answered two questionnaires developed by the authors, in addition to the Mini Mental State Examination (MMSE). Data were treated in the IBM SPSS Statistics 20. **Results:** The mean age was of 65.8 years (± 7.5), with the prevalence of women, subjects with high educational level and family income of 8 minimum wages or more. In the MMSE, 89.8% achieved scores at 25 point or above. The majority showed no impairments in Body Functions and in Activities and Participation. Participants had considered the environment where they live as a facilitator, allowing inferring that they present a good state of functioning. However, those who did reported difficulties related to mental functions and activities related to cognition. The CIF proved to be an important instrument for accessing health and its related states, allowing a reading of the subjects' needs, not only highlighting the biological, psychological and social demands, but also indicating the interdependence between them. **Conclusions:** The ICF has been an important tool for access health and the states related to it enabling a reading of the subjects' needs, not only highlighting the biological, psychological and social demands, but also indicating the interdependence between them.

Keywords: Aged. International Classification of Functioning, Disability and Health. Health of the Elderly. Health Services for the Aged.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno global, demonstrado estatisticamente e vivenciado nas diversas instâncias sociais.

No Brasil, esse fenômeno suscita a necessidade de reorganização dos modelos assistenciais, a fim de adequá-los ao novo perfil demográfico e epidemiológico da população.

Para Veras (2012), o sistema de saúde precisa ser ajustado, tendo em vista que seus modelos de atenção à saúde do idoso mostram-se ineficientes e caros, necessitando de estruturas inovadoras e criativas. Nesse contexto, a capacidade funcional aparece como o melhor conceito

para instrumentalizar e operacionalizar uma política contemporânea de atenção à saúde da pessoa idosa.

Ponderando as transições demográfica e epidemiológica atuais, a capacidade funcional vem sendo considerada tanto como medida de avaliação de saúde (Castro, 2008), quanto como indicador de saúde do idoso (Del Duca, Silva e Hallal, 2009).

Estudar a saúde pela via da funcionalidade significa pensá-la biopsicossocialmente, o que vem de encontro ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) quando elaborou a CIF instituindo o registro de perfis de funcionalidade, incapacidade e saúde em domínios da saúde e seus significantes, descritos a partir do corpo, do indivíduo e da sua interação social.

Para Fontes, Botelho e Fernandes (2013), o conhecimento da funcionalidade e da incapacidade da pessoa idosa deve ser a base para a organização de ações adequadas direcionadas à saúde desse segmento populacional. Entretanto, para que esse conhecimento seja consistente, é essencial uma avaliação abrangente, multidimensional e sistematizada, conforme preconizada pela OMS e operacionalizada pela CIF.

A atenção ao idoso se dá em várias instâncias, porém, derivada da assistência pautada no modelo biomédico, a produção científica ainda reflete mais as ações voltadas às práticas voltadas às instituições de longa permanência. Assim sendo, as oportunidades de socialização, desenvolvimento de habilidades e estímulos cognitivos fornecidos pelos núcleos de maturação em cenários como universidades, paróquias e outros contextos carecem de conhecimento de base para aprimorar sua oferta de cursos e atividades, cumprindo a função a que se propõem.

Conhecer o estado de funcionalidade dos participantes de um serviço de atenção ao idoso em uma perspectiva ampliada, pode fornecer informações que subsidiem a adequação do serviço às demandas do seu público e o aperfeiçoamento das atividades ofertadas, visando a

saúde e o bem-estar do sujeito que transcende o corpo formado por um imenso conjunto de células e pensa, sente, age e se relaciona.

Desse modo, o objetivo deste estudo foi conhecer o estado de funcionalidade dos participantes de um núcleo universitário de atenção ao idoso utilizando a CIF.

MÉTODO

O estudo de caráter descritivo foi realizado em um núcleo de atenção ao idoso, localizado em uma instituição de ensino superior do município de Curitiba (Paraná, Brasil), que oferece *courses* para pessoas da comunidade com idade igual ou superior a 50 anos. Durante o período da coleta dos dados (segundo semestre de 2014), os cursos oferecidos atendiam aproximadamente 250 alunos matriculados e estavam agrupados conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Oferta de cursos

SEGMENTOS	CURSOS	NÚMERO DE ALUNOS
Saúde e Bem-Estar	Arte de Viver Conversa sobre o Amadurecer Oficina de Memória Pilates	58
Arte e Cultura	Coral Dança Pintura Teatro	65
Informática	Informática Básica Informática Intermediária Informática Avançada	101
Línguas Estrangeiras	Espanhol Básico Espanhol Intermediário Francês Básico Francês Intermediário Inglês Básico Inglês Pré-Intermediário Inglês Intermediário Inglês para Viagem Italiano Básico Italiano Pré-Intermediário Italiano Intermediário	156

A amostra por conveniência foi composta por 59 participantes desse serviço. Diante do número de voluntários, muito inferior ao número de matriculados, é válido esclarecer que se respeitou a vontade e a disponibilidade dos sujeitos para a participação no estudo.

Não houve critérios de inclusão ou exclusão, tendo em vista o interesse pelo estado de funcionalidade de todos os participantes do referido serviço.

É importante mencionar que 11 participantes não tinham 60 anos ou mais, conforme o limite etário adotado pelo Estatuto do Idoso (2009). Contudo, visto que o serviço em questão oferece cursos para pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, optou-se por incluí-los.

Foram utilizados um Questionário Biosociodemográfico, Questionário de Funcionalidade e Miniexame do Estado Mental (MEEM).

O Questionário Biosociodemográfico foi criado pelas autoras, com base no *Checklist* da CIF, e foi utilizado para caracterizar os sujeitos em relação a variáveis sociodemográficas e condições de saúde.

O Questionário de Funcionalidade foi organizado pelas autoras, com base na CIF e guiou a classificação das categorias da CIF mais relevantes para o contexto do serviço.

As categorias da CIF foram selecionadas a partir da observação das aulas dos cursos e demais interações, tendo como objetivo classificar o nível de funcionalidade dos sujeitos independentemente de qualquer condição clínica.

A validade aparente (Martins, 2006), desse questionário foi verificada por meio de um teste piloto, realizado com três idosos da comunidade. As validades de conteúdo e constructo⁷ e a clareza por sua vez, foram verificadas por 3 profissionais da saúde, doutores, com domínio do modelo e com produção científica relacionada a CIF, os quais após algumas sugestões acatadas quanto aos exemplos utilizados na formulação das perguntas relacionadas às categorias consideraram o instrumento válido e claro.

O MEEM, elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975), é um dos testes mais utilizados para rastrear comprometimento cognitivo⁹, e foi empregado tanto para acessar as condições cognitivas dos sujeitos quanto para guiar a classificação das categorias da CIF.

Para acessar as condições cognitivas dos sujeitos, adotou-se ponto de corte único, 24/25 (caso/não caso) segundo Valle, Castro-Costa, Firmo, Uchoa e Lima-Costa, (2009).

Já para guiar a classificação das categorias da CIF, os resultados de orientação temporal (ano, mês, dia do mês e dia da semana) classificaram a categoria b1140, de orientação espacial (país, cidade, local e andar) a categoria b1141, de registro e evocação a categoria b1440, de atenção e cálculo (subtração de setes seriadamente), a categoria b1400 e de linguagem a categoria b1672.

Os códigos das categorias da CIF foram gerados comparando o percentual referente ao número de respostas corretas em dada dimensão do MEEM com o percentual relativo à extensão da deficiência em dada categoria CIF.

As categorias de Funções do Corpo foram classificadas por seus códigos acrescidos de um qualificador genérico com escala negativa. As categorias de Atividades e Participação foram classificadas por seus códigos acrescidos unicamente do primeiro qualificador genérico, o qual indica desempenho. Por fim, as categorias de Fatores Ambientais foram classificadas por seus códigos acrescidos de um qualificador genérico com escala positiva ou negativa.

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel 2010 e tratados no IBM SPSS Statistics 20.

Para a análise estatística, as opções pelo qualificador 9 (não aplicável), foram desconsideradas, por assumirem caráter neutro nesse caso específico.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, conforme o Parecer N° 543.578.

RESULTADOS

A idade média dos sujeitos foi 65,8 anos ($\pm 7,5$), e 84,7% eram mulheres. Quanto à escolaridade, 16,9% estudaram o ensino fundamental (parcial ou completamente), 35,6% o ensino médio (parcial ou completamente) e 47,5% o ensino superior (parcial ou completamente) e/ou pós-graduação. A renda familiar estava assim distribuída: 23,7% recebiam até 4 salários mínimos, 35,6% de 5 a 8 salários mínimos e 40,7% de 8 salários mínimos ou mais.

A maioria dos participantes avaliou com o boa sua saúde física (44,1%) e mental como muito boa (39%). Entre os 78% que relataram alguma alteração de saúde, a hipertensão arterial sistêmica ocorreu em 40,7%, hipercolesterolemia em 18,6%, distúrbios da tireoide em 11,9%, distúrbios da coluna em 11,9 %, diabetes em 10,2% e outros quadros clínicos em 44,1%. O uso de medicamento prescrito foi relatado por 84,7% da amostra (categoria e1101). Este dado foi utilizado apenas para categorização da amostra não tendo sido objeto de classificação.

Quanto à condição cognitiva, o escore médio dos sujeitos no MEEM foi 27,1 ($\pm 2,1$), tendo variado entre 22 e 30 pontos, tendo a maioria (89,8%), alcançado pontuação igual ou superior a 25.

O perfil funcional dos participantes da pesquisa foi traçado por meio de observação, do Questionário de Funcionalidade e do MEEM. Esses meios forneceram dados em relação às categorias da CIF apresentadas no Quadro 2, tornando possível gerar códigos.

Quadro 2 – Categorias da CIF investigadas

COMPONENTE	CAPÍTULO	CATEGORIA
Funções do Corpo	1 – Funções mentais	b1140 (Orientação em relação ao tempo)
		b1141 (Orientação em relação ao lugar)
		b11420 (Orientação em relação a si próprio)
		b11421 (Orientação em relação a outros)
		b1264 (Disposição de viver novas experiências)
		b1300 (Nível de energia)
		b1301 (Motivação)
		b1400 (Manutenção da atenção)
		b1401 (Mudança da atenção)
		b1403 (Compartilhar a atenção)
		b1440 (Memória de curto prazo)
		b1441 (Memória de longo prazo)
		b1672 (Funções integradoras da linguagem)
		Atividades e Participação
d115 (Ouvir)		
d1551 (Aquisição de habilidades complexas)		
d1750 (Resolver problemas simples)		
d1751 (Resolver problemas complexos)		
2 – Tarefas e demandas gerais	d2102 (Realizar uma tarefa única, de forma independente)	
	d2103 (Realizar uma tarefa única em um grupo)	
	d2202 (Realizar tarefas múltiplas, de forma independente)	
	d2203 (Realizar tarefas múltiplas em um grupo)	
3 - Comunicação	d3503 (Conversar com uma pessoa)	
	d3504 (Conversar com muitas pessoas)	
	d3550 (Discussão com uma pessoa)	
	d3551 (Discussão com várias pessoas)	
	d3600 (Utilização de dispositivos de comunicação)	
4 - Mobilidade	d4500 (Andar distâncias curtas)	
	d4501 (Andar distâncias longas)	
	d4502 (Andar sobre superfícies diferentes)	
	d4601 (Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa)	
	d4701 (Utilização de transporte motorizado privado)	
	d4702 (Utilização de transporte público)	
	d4751 (Dirigir veículos motorizados)	
5 – Cuidado pessoal	d5701 (Controle da dieta e forma física)	

	7 – Relações e interações interpessoais	d5702 (Manter a própria saúde)
		d7100 (Respeito e afeto nos relacionamentos)
		d7103 (Atitude crítica nos relacionamentos)
		d7104 (Insinuações sociais nos relacionamentos)
		d7105 (Contato físico nos relacionamentos)
		d7200 (Iniciar relações)
		d7201 (Terminar uma relação)
		d7202 (Regulação dos comportamentos nas interações)
		d7203 (Interagir de acordo com as regras sociais)
		d7600 (Relações pai-filho)
		d7603 (Relações com outros parentes)
	9 – Vida comunitária, social e cívica	d9204 (<i>Hobbies</i>)
		d950 (Vida política e cidadania)
	Fatores Ambientais	1 – Produtos e tecnologia
e1500 (Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção para entrada e saída de edifícios de uso público)		
e1501 (Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção para o acesso às instalações internas dos edifícios para uso público)		
e1502 (Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção para indicação de direção, orientação de percurso e designação de locais em edifícios de uso público)		
3 – Apoio e relacionamentos		e310 (Família imediata)
		e320 (Amigos)
		e325 (Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade)
4 - Atitudes		e460 (Atitudes sociais)
		e465 (Normas, práticas e ideologias sociais)

De acordo com a Tabela 1, a maioria dos sujeitos não apresentou qualquer deficiência nas categorias de Funções do Corpo. Todavia, considerando-se apenas ausência e presença de deficiência, independentemente da extensão da última, observa-se que nas categorias b1400 e b1440, 54,2% e 57,6% respectivamente apresentaram alguma deficiência.

Enquanto na categoria b11420 (Orientação em relação a si próprio) nenhum sujeito apresentou qualquer deficiência, nas categorias b11421, b1301, b1400, b1401, b1403 e b1441 alguns apresentaram deficiência completa.

Tabela 1 – Funções do Corpo

CATEGORIA	EXTENSÃO DA DEFICIÊNCIA				
	0	1	2	3	4
b1140 (Orientação em relação ao tempo)	55 (93,2)		4 (6,8)		
b1141 (Orientação em relação ao lugar)	58 (98,3)		1 (1,7)		
b11420 (Orientação em relação a si próprio)	59 (100)				
b11421 (Orientação em relação a outros)	43 (74,1)	10 (17,2)	4 (6,9)		1 (1,7)
b1264 (Disposição de viver novas experiências)	42 (71,2)	9 (15,3)	8 (13,6)		
b1300 (Nível de energia)	32 (54,2)	15 (25,4)	9 (15,3)	3 (5,1)	
b1301 (Motivação)	34 (57,6)	14 (23,7)	5 (8,5)	5 (8,5)	1 (1,7)
b1400 (Manutenção da atenção)	27 (45,8)	3 (5,1)	9 (15,3)	19 (32,2)	1 (1,7)
b1401 (Mudança da atenção)	39 (66,1)	11 (18,6)	7 (11,9)		2 (3,4)
b1403 (Compartilhar a atenção)	33 (56,9)	16 (27,6)	6 (10,3)		3 (5,2)
b1440 (Memória de curto prazo)	25 (42,4)	22 (37,3)	8 (13,6)	4 (6,8)	
b1441 (Memória de longo prazo)	47 (79,7)	4 (6,8)	4 (6,8)	2 (3,4)	2 (3,4)
b1672 (Funções integradoras da linguagem)	50 (84,7)	8 (13,6)	1 (1,7)		

Nota: resultados descritos por frequência (percentual).

De maneira semelhante, a maioria dos sujeitos referiu não apresentar dificuldade nas categorias de Atividades e Participação, conforme exposto na Tabela 2. Entretanto, nota-se que nas categorias d3550, d3551, d3600, d4502 e d7201, mais da metade apresentou alguma deficiência.

Apenas nas categorias d4701, d7100 e d7203, não foram referidas dificuldades de magnitude igual ou superior a 50%.

Já nas categorias d110, d115, d1751, d3600, d5701, d7201 e d950 ocorreram os maiores percentuais de dificuldade completa.

Tabela 2 – Atividades e Participação

CATEGORIA	EXTENSÃO DA DIFICULDADE				
	0	1	2	3	4
d110 (Observar)	43 (74,1)	9 (15,5)	3 (5,2)		3 (5,2)
d115 (Ouvir)	38 (64,4)	8 (13,6)	8 (13,6)		3 (5,1)
d1551 (Aquisição de habilidades complexas)	40 (67,8)	10 (16,9)	6 (10,2)	1 (1,7)	2 (3,4)
d1750 (Resolver problemas simples)	45 (76,3)	8 (13,6)	4 (6,8)	2 (3,4)	
d1751 (Resolver problemas complexos)	29 (50,9)	16 (28,1)	6 (10,5)	3 (5,3)	3 (5,3)
d2102 (Realizar uma tarefa única, de forma independente)	39 (67,2)	13 (22,4)		2 (3,4)	
d2103 (Realizar uma tarefa única em um grupo)	33 (57,9)	16 (28,1)	5 (8,8)	2 (3,5)	1 (1,8)
d2202 (Realizar tarefas múltiplas, de forma independente)	45 (76,3)	10 (16,9)	2 (3,4)	1 (1,7)	1 (1,7)
d2203 (Realizar tarefas múltiplas em um grupo)	34 (58,6)	19 (32,8)	4 (6,9)		1 (1,7)
d3503 (Conversar com uma pessoa)	47 (79,7)	9 (15,3)	2 (3,4)	1 (1,7)	
d3504 (Conversar com muitas pessoas)	39 (66,1)	12 (20,3)	7 (11,9)	1 (1,7)	
d3550 (Discussão com uma pessoa)	28 (47,5)	19 (32,2)	8 (13,6)	2 (3,4)	2 (3,4)
d3551 (Discussão com várias pessoas)	23 (39,7)	17 (29,3)	15 (25,9)	1 (1,7)	2 (3,4)
d3600 (Utilização de dispositivos de comunicação)	22 (37,9)	12 (20,7)	11 (19)	10 (17,2)	3 (5,2)
d4500 (Andar distâncias curtas)	55 (93,2)	3 (5,1)		1 (1,7)	
d4501 (Andar distâncias longas)	50 (84,7)	4 (6,8)	2 (3,4)	2 (3,4)	1 (1,7)
d4502 (Andar sobre superfícies diferentes)	28 (47,5)	19 (32,2)	8 (13,6)	3 (5,1)	1 (1,7)
d4601 (Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa)	43 (72,9)	11 (18,6)	3 (5,1)	1 (1,7)	1 (1,7)
d4701 (Utilização de transporte motorizado privado)	57 (96,6)	2 (3,4)			
d4702 (Utilização de transporte público)	50 (89,3)	4 (7,1)		1 (1,8)	1 (1,8)
d4751 (Dirigir veículos motorizados)	38 (86,4)	2 (4,5)	3 (6,8)	1 (2,3)	
d5701 (Controle da dieta e forma física)	33 (55,9)	13 (22)	2 (3,4)	7 (11,9)	4 (6,8)
d5702 (Manter a própria saúde)	42 (71,2)	9 (15,3)	6 (10,2)	2 (3,4)	
d7100 (Respeito e afeto nos relacionamentos)	47 (79,7)	6 (10,2)	6 (10,2)		
d7103 (Atitude crítica nos relacionamentos)	34 (57,6)	17 (28,8)	6 (10,2)	2 (3,4)	
d7104 (Insinuações sociais nos relacionamentos)	55 (93,2)	3 (5,1)		1 (1,7)	
d7105 (Contato físico nos relacionamentos)	51 (86,4)	4 (6,8)	2 (3,4)	1 (1,7)	1 (1,7)
d7200 (Iniciar relações)	44 (74,6)	9 (15,3)	4 (6,8)	1 (1,7)	1 (1,7)
d7201 (Terminar uma relação)	23 (39,7)	21 (36,2)	8 (13,8)	3 (5,2)	3 (5,2)
d7202 (Regulação dos comportamentos nas interações)	34 (58,6)	12 (20,7)	8 (13,8)	3 (5,2)	1 (1,7)
d7203 (Interagir de acordo com as regras sociais)	55 (96,5)	2 (3,5)			
d7600 (Relações pai-filho)	41 (77,4)	9 (17)	1 (1,9)	2 (3,8)	

d7603 (Relações com outros parentes)	48 (82,8)	7 (12,1)	2 (3,4)	1 (1,7)	
d9204 (<i>Hobbies</i>)	48 (82,8)	4 (6,9)	4 (6,9)	1 (1,7)	1 (1,7)
d950 (Vida política e cidadania)	37 (64,9)	6 (10,5)	8 (14)	3 (5,3)	3 (5,3)

Nota: resultados descritos por frequência (percentual).

Como pode ser visto na Tabela 3, tratando-se do componente Fatores Ambientais, a maioria dos sujeitos considerou o ambiente em que vive como facilitador. Contudo, ao mesmo tempo em que as categorias e1501, e1502 e e320 não foram consideradas barreiras por nenhum dos indivíduos, as categorias e460 e e465 foram reportadas como obstáculo para alguns.

Tabela 3 – Fatores Ambientais

CIF	0	EXTENSÃO DO FACILITADOR				EXTENSÃO DA BARREIRA			
		+1	+2	+3	+4	.1	.2	.3	.4
e1251		6 (10,9)	5 (9,1)	8 (14,5)	35 (63,6)	1 (1,8)			
e1500	10 (16,9)	6 (10,2)	3 (5,1)	5 (8,5)	32 (54,2)	2 (3,4)	1 (1,7)		
e1501	7 (11,9)	5 (8,5)	3 (5,1)	4 (6,8)	40 (67,8)				
e1502	6 (10,2)	3 (5,1)	6 (10,2)	5 (8,5)	39 (66,1)				
e310	7 (12,3)	5 (8,8)	5 (8,8)	13 (22,8)	26 (45,6)			1 (1,8)	
e320	9 (15,3)	6 (10,2)	8 (13,6)	12 (20,3)	24 (40,7)				
e325	11 (19)	6 (10,3)	6 (10,3)	13 (22,4)	21 (36,2)	1 (1,7)			
e460	16 (27,6)	6 (10,3)	12 (20,7)	11 (19)	5 (8,6)	2 (3,4)		4 (6,9)	2 (3,4)
e465	7 (12,3)	14 (24,6)	13 (22,8)	4 (7)	9 (15,8)	2 (3,5)	4 (7)	2 (3,5)	4 (7)

Nota: Resultados descritos por frequência (percentual).

Legenda:

- e1251 Produtos e tecnologia de assistência para comunicação
- e1500 Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção para entrada e saída de edifícios de uso público
- e1501 Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção para o acesso às instalações internas dos edifícios para uso público
- e1502 Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção para indicação de direção, orientação de percurso e designação de locais em edifícios de uso público
- e310 Família imediata
- e320 Amigos
- e325 Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade
- e460 Atitudes sociais
- e465 Normas, práticas e ideologias sociais
ver perguntas.

DISCUSSÃO

Inicialmente é importante mencionar que a comparação entre os resultados deste e de outros estudos foi limitada pelas diferenças quanto ao objeto e ao método, visto que ainda há poucos estudos com idosos que adotem o modelo da CIF.

Neste estudo os sujeitos apresentaram perfil sócio demográfico semelhante àqueles encontrados em estudos realizados com idosos participantes de universidades da terceira idade (Lourenço e Veras, 2006; Irigaray e Schneider, 2008).

É válido esclarecer que o serviço de atenção ao idoso onde aconteceu a coleta dos dados não é considerado uma universidade da terceira idade, mas suas características estruturais e metodológicas correspondem a essa modalidade de serviço mais do que a qualquer outra.

Houve predomínio de auto avaliação positiva da saúde física e mental. Esse tipo de auto avaliação vem sendo considerada um indicador de saúde tão importante quanto os dados objetivos. (Roque et. al., 2011;Blazer, 2014).

O uso de medicamento prescrito foi relatado por 84,7% dos sujeitos, enquanto 78% disseram apresentar alguma alteração de saúde. Esse achado permite supor que algumas pessoas não entendam determinadas condições de saúde como doenças, especialmente disfunções crônicas como hipertensão arterial sistêmica e hipercolesterolemia, acreditando serem inerentes ao processo de envelhecimento, o que denota uma percepção negativa deste ciclo de vida por parte deles, por meio de uma naturalização das doenças sem considerar sua repercussão na funcionalidade.

A maioria dos sujeitos alcançou pontuação igual ou superior a 25 pontos no MEEM, revelando a preservação da sua condição cognitiva. A participação em

universidades da terceira idade pode favorecer a manutenção da condição cognitiva. Soma-se a isso o fato da escolaridade ser um fator fortemente associado ao desempenho no MEEM (Veras, 2012; Vale, 2009), e no presente estudo a maioria dos indivíduos apresentar alta escolaridade.

A maioria não apresentou deficiência em Funções do Corpo nem dificuldade em Atividades e Participação, bem como considerou o ambiente em que vive como facilitador. Esses achados permitem inferir que, em geral, esses indivíduos apresentaram bom estado de funcionalidade.

Tais resultados corroboram conclusões de estudos anteriores realizados com base na CIF (Lopes et al., 2013), avaliando a funcionalidade de idosos portugueses registrados nas bases de dados da Administração Regional de Saúde do Alentejo, observaram preservação de grande parte das dimensões da mesma até aproximadamente 75 anos de idade. Vale lembrar que na presente investigação registrou-se idade média de 65,8 anos ($\pm 7,5$).

De maneira semelhante, Araújo e Faro (2014), verificaram estado de funcionalidade pouco comprometido entre idosos brasileiros participantes do Centro de Convivência do Idoso do Vale do Paraíba. Contudo, entre as características da amostra investigada observou-se idade média de 72 anos, predomínio de indivíduos com 5 a 10 anos de escolaridade e com renda de 1 salário mínimo, dados esses bastante diferentes dos encontrados na presente pesquisa.

Nas categorias b1400 (Manutenção da atenção) e b1440 (Memória de curto prazo) mais da metade dos sujeitos apresentou deficiência. Além disso, alguns indivíduos apresentaram deficiência completa nas categorias b11421 (Orientação em relação a outros), b1400 (Manutenção da atenção), b1401 (Mudança da atenção), b1403 (Compartilhar a atenção) e b1441 (Memória de longo prazo).

Esses dados sugerem a necessidade de atentar às questões relacionadas à cognição por meio de reforço ou ampliação de estratégias como oficinas de memória e outras atividades, utilizando-se de mecanismos de avaliação por meio de testes cognitivos validados. A utilização da CIF permite ainda avaliar os domínios de funcionalidade aplicando a mesma técnica de classificação da coleta de dados inicial após um período de atividades, para que se verifique o alcance dos objetivos traçados.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (2005), ao longo do envelhecimento, algumas capacidades cognitivas diminuem naturalmente, porém, a própria agência supracitada afirma que isso frequentemente é resultado de desuso, doenças, fatores comportamentais, psicológicos e sociais, mais do que do envelhecimento em si. Assim, intervenções cognitivas podem maximizar funções cognitivas presentes e reduzir os riscos de declínio das mesmas (Acevedo e Loewenstein, 2007).

Na categoria b1301 (Motivação), também ocorreu relato de deficiência completa. Essa categoria está descrita como “funções mentais que produzem os incentivos para agir; o impulso consciente ou inconsciente para a ação” (p. 68) Organização Mundial da Saúde (2003). A percepção de deficiência completa nesse tipo de categoria pode estar relacionada à auto eficácia.

De acordo com Bandura (1997), as crenças de auto eficácia são as crenças do indivíduo a respeito de sua capacidade de organizar e executar ações necessárias à obtenção de determinados resultados. Auto crenças possibilitam às pessoas exercerem controle sobre seus eventos de vida e sobre como essas crenças se traduzem em motivação e realização (Rabelo e Cardoso, 2007).

Todavia, alguns estudiosos afirmam que as crenças de auto eficácia geralmente são pequenas nas pessoas idosas, visto as fortes pressões sociais em relação às incapacidades atribuídas à velhice Carneiro e Falcone (2004), sendo que a diminuição

contínua do senso de auto eficácia pode causar declínio cognitivo e prejuízos no funcionamento do comportamento. Essa perspectiva nos leva a crer na importância desses núcleos de apoio que podem por meio de seus cursos e atividades assistir o indivíduo que envelhece e se depara com demandas sociais relacionadas ao uso de tecnologias de informação e comunicação

Nessa perspectiva, pode-se considerar que estratégias focadas nas crenças de auto eficácia e outras auto crenças, podem favorecer o estado de funcionalidade, o que coloca o sujeito e sua subjetividade como elemento central, reconhecendo a saúde como um estado complexo que congrega não só as capacidades (b) e habilidades (d) do ser humano no âmbito individual e coletivo, mas, sobretudo, permite o desenvolvimento de autonomia para enfrentar demandas que acabam se convertendo em necessidades na vida moderna como revelado na classificação das categorias d3550 (Discussão com uma pessoa), d3551 (Discussão com várias pessoas) e d7201 (Terminar uma relação), em mais da metade dos sujeitos, revelou dificuldade.

Os maiores percentuais de dificuldade completa ocorreram nas categorias d110 (Observar), d115 (Ouvir), d1751 (Resolver problemas complexos), d7201 (Terminar uma relação) e d950 (Vida política e cidadania). Em contrapartida, nas categorias d7100 (Respeito e afeto nos relacionamentos) e d7203 (Interagir de acordo com as regras sociais), não foram referidas dificuldades de extensão igual ou superior a 50%. Esses resultados sugerem o impacto das habilidades sociais no cotidiano desses indivíduos.

Habilidades sociais são comportamentos específicos apresentados em situações igualmente específicas, os quais são julgados como competentes ou não competentes no cumprimento da tarefa social (Greshan, 2009). Na terceira idade, quando ocorre diminuição das capacidades sensoriais e da prontidão para resposta, algumas habilidades são particularmente importantes, como estabelecer e manter contato social e também lidar

com os comportamentos sociais decorrentes dos preconceitos em relação ao envelhecimento, que em geral são expressos por meio de evitação de contato, proteção excessiva e reações agressivas (Carneiro e Falcone, 2004).

Nesse sentido, a capacidade de interação social é essencial para o idoso estabelecer e manter suas redes de apoio social e garantir maior qualidade de vida (Araújo et al., 2011).

Diante disso, é possível considerar que intervenções grupais destinadas às habilidades sociais podem otimizar repertórios comportamentais para demandas interpessoais.

Nas categorias d3600 (Utilização de dispositivos de comunicação) e d4502 (Andar sobre superfícies diferentes), a maioria dos sujeitos apresentou dificuldade, sendo que na primeira dessas categorias registrou-se um dos maiores percentuais de dificuldade completa. Esses dados sugerem a necessidade de atentar às questões relacionadas à acessibilidade.

De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (2004, p.22), a acessibilidade é “possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos”. Ampliando essa definição, Araújo et al. (2011), declaram que a acessibilidade pode ser considerada uma relação entre pessoas e espaços.

Os constantes avanços tecnológicos também vêm influenciando as implicações da acessibilidade no cotidiano das pessoas. Diante dessa realidade, as novas tecnologias da informação e comunicação podem ser consideradas um dos principais fatores de segregação da população idosa na atualidade (Tavares e Souza 2012).

Os declínios físicos e cognitivos próprios do envelhecimento são aspectos que podem dificultar o acesso das pessoas idosas aos espaços reais ou virtuais. Entretanto, pode-se considerar que estratégias inclusivas podem minimizar barreiras e assim combater esse tipo de exclusão social, inserindo idosos de maneira física, mas também psíquica e social (Assis, 2005).

A categoria d5701 (Controle da dieta e forma física) também revelou um dos maiores percentuais de dificuldade completa. Essa categoria está descrita como “cuidar de si próprio, tendo consciência das próprias necessidades, selecionando e consumindo alimentos nutritivos e mantendo a forma física”. A percepção de dificuldade completa nesse tipo de categoria pode estar relacionada a fatores pessoais, mas também à falta de informações de saúde.

Motivos demográficos, econômicos e sociais têm destacado a promoção da saúde nas políticas referentes ao envelhecimento. No Brasil, a Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), cuja finalidade é “[...] recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (Ministério da Saúde, 2006).

Uma das diretrizes da PNSPI é a promoção do envelhecimento ativo e saudável. Para tanto, entre outras instruções, orienta-se aproveitar as oportunidades para informar e estimular a prática de nutrição balanceada e hábitos de vida saudáveis. Estas e outras indicações podem ser confrontadas com os achados do perfil funcional para compor delineamentos programáticos no que se refere aos tópicos abordados nos cursos e aos métodos de operacionalização de estratégias que possam contemplar as necessidades dos usuários deste núcleo.

As categorias e460 (Atitudes sociais), categoria descrita como opiniões e crenças mantidas gerais ou específicas pelas pessoas de uma cultura e e465 (Normas, práticas e ideologias sociais), se destacaram como obstáculos para um percentual notável dos sujeitos. É possível que o julgamento dessas categorias como obstáculos seja oriundo da representação social do idoso.

Almeida e Cunha (2003), investigando os elementos das representações sociais do desenvolvimento humano ao longo do curso de vida, encontraram que ao idoso restava transmitir a sabedoria acumulada para amenizar as marcas da decadência biológica.

De maneira semelhante, Magnabosco-Martins et al. (2009), descreveram representações sociais do idoso e da velhice e suas variações na adolescência, idade adulta e velhice, apresentando como resultados que: os idosos associaram a concepção de idoso às relações familiares, à atividade e à ideia de “espírito jovem”; os não idosos vincularam a concepção de idoso às perdas físicas e psíquicas, à experiência e à sabedoria; todos os participantes pensaram o envelhecimento como etapa e não como processo; por fim, despontaram aspectos do paradigma *lifespan* e do construto envelhecimento bem-sucedido.

Percebe-se a presença do estereótipo do envelhecimento, que comumente reduz o processo às suas perdas. A valorização desse estereótipo causa uma representação social gerontofóbica, influenciando a imagem que a pessoa idosa carrega de si e das circunstâncias que envolvem a velhice (Martins e Rodrigues, 2004).

Esse panorama indica a importância da reflexão sobre o papel das universidades da terceira idade e dos centros de madurecimento, tendo em vista sua disseminação no Brasil a partir de 1990 e considerando que:

[...] estes programas possuem as denominações e seguem os modelos os mais diversos, mas têm propósitos comuns, como o de rever os estereótipos e

preconceitos com relação à velhice, promover a autoestima e o resgate da cidadania, incentivar a autonomia, a independência, a auto expressão e a reinserção social em busca de uma velhice bem-sucedida (p. 429)³¹.

Programas dessa natureza atendem tanto as necessidades pessoais dos sujeitos em desenvolvimento quanto às necessidades sociais das populações impregnadas por valores excludentes que devem ser eliminados definitivamente (Veras e Caldas, 2004).

Vencer o preconceito em relação ao idoso e respeitá-lo como membro ativo da sociedade favorece a inclusão social e a cidadania da pessoa idosa, com estratégias e instrumentos que favoreçam a promoção da saúde, e não só a aquisição de conhecimentos, mas, a socialização, a reflexão sobre direitos e deveres, o pertencimento e, conseqüentemente, o crescimento de sujeitos apropriados de suas vidas e de sociedades abertas às possibilidades das diferenças.

Tendo em vista a relevância de refletir e atuar na saúde do idoso considerando-a a partir da perspectiva biopsicossocial, a CIF mostrou-se um importante instrumento na viabilização dessa tarefa, pois, possibilitou uma leitura das necessidades dos sujeitos, não apenas ressaltando as demandas biológicas, psicológicas e sociais, mas, também revelando a interdependência entre as mesmas.

Todavia, para que essa classificação cumpra integralmente seu objetivo, o desenvolvimento de estratégias para padronizar a coleta dos dados que embasam a geração dos códigos das categorias poderia favorecer a confiabilidade na comunicação entre seus usuários e na comparação dos dados entre diversas instâncias como países, estados e serviços de saúde.

Por fim, visto que a autonomia proporcionada por um ambiente estimulador e a segurança oportunizada por um ambiente acolhedor são necessárias ao bem-estar do indivíduo (Oliveira e Simoneau, 2012), é possível inferir que a devida apropriação dos resultados do presente estudo pelo serviço de atenção ao idoso no qual foi realizada a

pesquisa pode ser um importante subsídio para manutenção e melhoria da funcionalidade e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos idosos participantes.

Os resultados deste estudo podem por exemplo, fundamentar ciclos de palestras e oficinas temáticas. Além disso, esses conhecimentos podem subsidiar estratégias pedagógicas que viabilizem a construção do conhecimento de maneira ativa, superando modelos centrados no professor e pautados na experiência de vida e no desejo de aprender dos participantes, mas, sobretudo, permitindo a eles a reflexão sobre sua posição neste ciclo de vida, interrogando-os sobre suas metas e ajudando-os a alcançá-las.

AGRADECIMENTO

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa de estudo de mestrado à autora Mariane Benicio Fontana Moraes.

Referências

1. Acevedo A, Loewenstein D.A. Nonpharmacological cognitive interventions in aging and dementia. *J geriatr. psychiatr. neurol.* [Internet]. 2007 Dec. [citado 2014 nov. 14]; 20(4):239-49. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18004010>
2. Almeida A.M.O, Cunha G.G. Representações sociais do desenvolvimento humano. *Psicol. reflex. crit.* [Internet]. 2003 [citado 2014 nov. 14]; 16(1):147-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
3. Araújo C.L.O, Faro A.C.M. Condições de saúde e funcionalidade dos idosos do Vale Paraíba, São Paulo, Brasil. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014 enero. [citado 2014

- nov. 14]; 13(33):83-99. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000100005&script=sci_arttext&tlng=pt
4. Araújo M.R.M, Oliveira J.M, Jesus M..S, Sá N.R, Santos P.A.C, Lima T.C. Transporte público coletivo: discutindo acessibilidade, mobilidade e qualidade de vida. *Psicol. soc. (Online)*. [Internet]. 2011 set./dez. [citado 2014 nov. 14]; 23(3):574-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000300015
 5. Assis M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Rev. APS*. [Internet]. 2005 jan./jun. [citado 2014 nov. 14]; 8(1):15-24. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>
 6. Associação Brasileira de Normas Técnicas. ABNT NBR 9050: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2. ed. [local desconhecido : editor desconhecido]; 2004.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, seção 1, p. 142-145, 20 de outubro de 2006. Blazer D.G. How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. *Gerontologist*. [Internet]. 2008 Aug. [citado 2014 nov. 14]; 48(4):415-22. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18728291>.
 8. Brasil. Estatuto do Idoso. 4. ed. Brasília: Ed. Câmara; 2009.
 9. Carneiro R.S, Falcone E.M.O. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicol. estud.* [Internet]. 2004 jan./abr. [citado 2014 nov. 14]; 9(1):119-26. Disponível em:

- http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722004000100015&script=sci_arttex
10. Castro K.C.M, Guerra RO. Impact of cognitive performance on the functional capacity of an elderly population in Natal, Brazil. *Arq. neuropsiquiatr.* [Internet]. 2008 Dec. [citado 2014 nov. 14]; 66(4):809-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2008000600006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 11. Del Duca G.F, Silva M.C, Hallal P.C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev. saúde pública.* [Internet]. 2009 out. [citado 2014 nov. 14]; 43(5):796-805. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 12. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. psychiatr. res.* [Internet]. 1975 Nov. [citado 2014 nov. 14]; 12(3):189-98. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>
 13. Fontes A.P, Botelho M.A, Fernandes A.A. A funcionalidade dos mais idosos (>75 anos): conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2013 jan./mar. [citado 2014 nov. 14]; 16(1):91-107. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 14. Greshan F.M. Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais. In: Del Prette ZA, Del Prette A, organizadores. *Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações.* Petrópolis: Vozes; 2009. p. 17-66.

15. Irigaray T.Q, Schneider R.H. Participação de idosas em uma universidade da terceira idade: motivos e mudanças ocorridas. *Psicol. teor. pesqui.* [Internet]. 2008 abr./jun. [citado 2014 nov. 14]; 24(2):211-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
16. Kissaki PT, Lima-Silva TB, Ordonez TN, Melo RC, Batistoni SST, Domingues MA, Lopes A, Yassuda MS, Cachioni M. O impacto da participação em universidade aberta à terceira Idade no desempenho cognitivo. *Revista Temática Kairós Gerontologia* [Internet]. 2012 dez. [citado 2014 nov. 14]; 15(7):71-87. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/15244>.
17. Lopes M.J, Escoval A, Pereira D.G, Pereira C.S, Carvalho C, Fonseca C. Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. *Rev. latinoam. enferm.* [Internet]. 2013 jan./fev. [citado 2014 nov. 14]; 21(n. spe):52-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700008&script=sci_arttext&tlng=pt
18. Lourenço R.A, Veras R.P. Mini-exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev. saúde pública.* [Internet]. 2006 ago. [citado 2014 nov. 14]; 40(4):712-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500023
19. Magnabosco-Martins C.R, Vizeu-Camargo B, Biasus F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Univ. psychol.* [Internet]. 2009 sept./dic. [citado 2014 nov. 14]; 8(3):831-47. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=575887&indexSearch=ID>

20. Martins R.M.L, Rodrigues M.L.M. Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium - Revista do Instituto Politécnico de Viseu* [Internet]. 2004 jun. [citado 2014 nov. 14]; (29):249-54. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/576/1/Estere%C3%B3tipos%20sobre%20idosos.pdf>
21. Martins G.A. Sobre confiabilidade e validade. *RBGN* [Internet]. 2006 jan./abr. [citado 2014 nov. 14]; 8(20):1-12. Disponível em: <https://rbgn.fecap.br/RBGN/article/download/51/272>.
22. Oliveira D.C, Simoneau A.S. Os programas universitários para pessoas idosas (UnATIs): um estudo de representação social. *Estud. pesqui. psicol.* [Internet]. 2012 ago. [citado 2014 nov. 14]; 12(2). Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000200008&lng=pt&nrm=iso
23. Organização Mundial da Saúde. CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Edusp; 2003.
24. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Gontijo S, tradutor. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
25. Rabelo D.F, Cardoso C.M. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *Psico USF* [Internet]. 2007 jun. [citado 2014 nov. 14]; 12(1):75-81. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712007000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
26. Roque F.P, Vinhas B.R, Rebêlo F.L, Guimarães H.A, Araújo L.Z.S, Goulart B.N.G et al. Perfil socioeconômico-cultural de uma universidade aberta à terceira idade: reflexo da realidade brasileira? *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2011

- jan./mar. [citado 2014 nov. 14]; 14(1):97-108. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000100011&script=sci_arttext
27. Tavares M.M.K, Souza S.T.C. Os idosos e as barreiras de acesso às novas tecnologias da informação e comunicação. *RENOTE - Revista Novas Tecnologias na Educação* [Internet]. 2012 jul. [citado 2014 nov. 14]; 10(1):1-7. Disponível em: seer.ufrgs.br/renote/article/view/30915
28. Valle E.A, Castro-Costa E, Firmo J.O.A, Uchoa E, Lima-Costa M.F. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no mini exame do estado mental entre idosos: projeto Bambuí. *Cad. saúde pública*. [Internet]. 2009 abr. [citado 2014 nov. 14]; 25(4):918-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400023&lng=en&nrm=iso&tlng=ptdf
29. Veras R.P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad. saúde pública*. [Internet]. 2012 out. [citado 2014 nov. 14]; 28(10):1834-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000003

MBFM trabalhou na concepção do projeto de pesquisa; coleta, análise e interpretação dos dados; redação; revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada.

ADLM trabalhou na concepção do projeto de pesquisa; análise e interpretação dos dados; revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada.

BCS trabalhou na concepção do projeto de pesquisa; coleta dos dados; revisão crítica.

KOS trabalhou na concepção do projeto de pesquisa; coleta dos dados; revisão crítica.

AMM trabalhou na concepção do projeto de pesquisa; análise e interpretação dos dados; revisão crítica.