

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

**Ambiente Residencial e Envelhecimento Ativo: Estudos sobre a relação entre bem-estar,
relações sociais e lugar na terceira idade.**

Ana Beatriz Rocha Lima

Brasília

2011

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia

**Ambiente Residencial e Envelhecimento Ativo: Estudos sobre a relação entre bem-estar,
relações sociais e lugar na terceira idade.**

Ana Beatriz Rocha Lima

Tese de doutorado sob a orientação de Luiz Pasquali
apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília, como requisito parcial à
obtenção do título de Doutor em Psicologia, Social,
do Trabalho e das Organizações.

Brasília

2011

Rocha-Lima, Ana Beatriz

Ambiente Residencial e Envelhecimento Ativo: Estudos sobre a relação entre bem-estar, relações sociais e lugar na terceira idade.

Tese de doutorado. 160 f.

Universidade de Brasília, Brasil.

Orientador:

Luiz Pasquali, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, 2011.

Apoio:

CAPES, REUNI

Contato:

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia – LabPAM

A1-099

Brasília / DF – CEP 70000-000

e-mail:

anabeatriz.rochalima@gmail.com

Direção do Instituto de Psicologia:

Gardênia da Silva Abbad

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações:

Cláudio Vaz Torres

BANCA EXAMINADORA

15 DE DEZEMBRO DE 2011

LUIZ PASQUALI

PRESIDENTE

JOÃO CARLOS ALCHIERI

MEMBRO EXTERNO

LILIAN MARIA BORGES GONZALEZ

MEMBRO EXTERNO

VICENTE DE PAULA FALEIROS

MEMBRO EXTERNO

TIMOTHY MARTIN MULHOLLAND

MEMBRO EXTERNO

BARTHOLOMEU TÔRRES TRÓCCOLI

SUPLENTE

Ambiente Residencial e Envelhecimento Ativo: Estudos sobre a relação entre bem-estar, relações sociais e lugar na terceira idade.

RESUMO

O envelhecimento humano provoca um aumento da vulnerabilidade das pessoas idosas frente a seu ambiente, surgindo a necessidade de compensar as perdas biológicas, cognitivas e comportamentais, decorrentes desse processo, com adaptações ambientais para prevenção de danos e promoção da qualidade de vida. Foram realizados dois estudos com o propósito de investigar a contribuição do ambiente residencial para o envelhecimento ativo. Para o estudo do **ambiente residencial** considerou-se as dimensões: a) **ambiente físico**, que se refere a *tipo de moradia, propriedade, densidade, e acessibilidade*; b) **ambiente psicológico**, que refere-se a *privacidade, preferência e satisfação*; c) **ambiente familiar**, que se refere a *anos da vida adulta vividos na moradia atual, arranjo familiar e uso do espaço doméstico* e d) **vizinhança**, que se refere a *rede de apoio social, perigos, serviços e facilidades observados na comunidade*. Para o estudo do **envelhecimento ativo** realizou-se uma avaliação da saúde com a aplicação de escalas que exploraram as dimensões física (capacidade funcional, acidentes, agravos a saúde, limitações físicas e prática de atividades físicas) e mental (bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e autopercepção de saúde). No primeiro estudo, de caráter exploratório, foi realizado um levantamento, por meio da aplicação de questionários a 140 participantes (66,4% do sexo feminino e idade variando entre 18 e 80 anos ($M = 33,7$, $DP = 14,35$)). O objetivo principal deste estudo foi investigar a presença e a importância atribuída pelos participantes às características de acessibilidade de suas moradias. Os resultados desse estudo evidenciaram que poucos moradores se preocupam com a acessibilidade de suas casas. A idade influenciou na presença dos fatores de visitabilidade e de segurança, salientando serem eles mais presentes no caso dos mais idosos. No segundo estudo foram realizadas entrevistas com a aplicação de escalas com 50 idosos (32 mulheres) com idades entre 60 e 99 anos, 48% com alta escolaridade, residentes em quatro unidades federativas brasileiras (Distrito Federal, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Santa Catarina). O principal objetivo desse estudo foi investigar a contribuição do ambiente residencial para a saúde física e mental dos idosos. Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais (correlação canônica e regressões múltiplas univariadas) para a verificação de quais fatores do ambiente residencial explicaram o envelhecimento ativo. Os resultados indicaram uma correlação canônica de $r_c = 0,56$ entre ambiente residencial e envelhecimento ativo. As dimensões da casa psicológica e da casa física foram as que obtiveram a maior relação com a variável ambiente residencial (76% e 17% respectivamente), enquanto o bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico obtiveram a maior relação com a variável envelhecimento ativo (94% e 44% respectivamente). Tais resultados evidenciam que a maneira como os idosos percebem e vivenciam seus espaços contribui significativamente para o envelhecimento ativo e saudável.

Palavras-chaves: envelhecimento ativo, ambiente residencial, bem-estar, apoio social, idosos.

Residential Environment and Active Aging: Studies about well-being, social relationships and place for the elderly

ABSTRACT

Human aging increases vulnerability of older people to their environment and results in the need to offset biological, cognitive and behavioral losses, caused by this process, with environmental adaptations to promote quality of life. Two studies were developed to verify the contribution of the residential environment to active aging. For the **residential environment** study, the following dimensions were considered: a) **physical environment**, which refers to the *type of housing, property, density and accessibility*; b) **psychological environment**, which refers to *privacy, choice and satisfaction*, c) **family environment**, which refers to *years of adult life spent in the current housing, family configuration and use of domestic space* and d) **neighborhood**, which refers to *social support network, hazards, services, and facilities found in the neighborhood*. For the study of *active aging* it was carried out a health assessment with the application of scales that explored the physical (functional capacity, accidents, health problems, physical limitations and physical activity) and mental dimensions (subjective well-being, psychological well-being, and self-reported health condition). The first study was an exploratory research, in which a survey was conducted through the use of a questionnaires applied to 140 participants (66.4% female; age ranging between 18 and 80 years, $M = 33.7$, $SD = 14.35$). The main objective of this study was to investigate the presence and the importance given by participants to the accessibility features of homes. The results of this study showed that few residents are concerned about the accessibility of their homes. The age factor influenced the presence of visitability and security characteristics, appearing more present in elderly people. In the second study, interviews were conducted with the use of scales with 50 elderly (32 women) aged between 60 and 99 years, 48% with high education, living in four Brazilian federal units (the Distrito Federal, Minas Gerais, Rio de Janeiro, and Santa Catarina). The main goal of this study was to investigate the contribution of home environment to physical and mental health of the elderly. Descriptive and inferential statistics analysis were performed (canonical correlation and univariate multiple regressions) to verify which factors explained the residential active aging. The results indicated a canonical correlation of 0.56 between residential environment and active aging. The dimensions of the psychological house and the physical house were the most related to the residential environment variable (76% and 17%, respectively), while the subjective well-being and psychological well-being had the highest relevance to the active aging variable (94% and 44%, respectively). These results show that the way the elderly people perceive and experience their spaces contributes significantly to the active and healthy aging.

Keywords: active aging, residential environment, well-being, social support, elderly.

DEDICATÓRIA

*Dedico a verdadeiros tesouros que a vida me prestigiou,
belas pedras preciosas,
com suas belezas, brilhos e raridades:*

***Thiago**, minha pérola,
a sensibilidade, o amor, a sorte,
com sua forma perfeita, já nasceu pronto,
sem necessidade de lapidação,
representando todo seu esplendor...*

***Guilherme**, meu rubi
a vitalidade, o amor, a lealdade,
sua propriedade de tornar o amor sublime e grandioso
de estimular a parceria e a paciência...*

***Benedicto**, minha esmeralda,
a amor incondicional, a disponibilidade, a inteligência,
símbolo da primavera, da renascença, da esperança,
E busca pelo conhecimento...*

***Julianna**, minha jade,
a paz interior, a amizade e o amor,
símbolo de espiritualidade, paz interior e alegria de viver...*

***Luiz Pasquali**, o raro diamante,
a beleza, a solidez, a pureza,
sua propriedade de valor inestimável, durabilidade e brilho,
fascínio também vem de sua raridade...*

AGRADECIMENTOS

Algumas pessoas foram essenciais para a viabilidade deste projeto, desta conquista, desta etapa, desta tese, por isso minha eterna gratidão e sinceros agradecimentos:

- a meu orientador, *Docteur* Luiz Pasquali, por organizar as ideias e os pensamentos, por descomplicar o método, por ensinar as facetas e a beleza dos dados, pela paciência e disponibilidade e por ensinar a esta nega aqui que “*doutorado é ciência e não emoção!*”.
- aos professores João, Timothy, Lilian, Vicente Faleiros e Bartholomeu, membros da banca pela participação e por apresentarem críticas reforçadoras, incentivadoras que traduzem o sentido de se fazer ciência. Muitas palavras seriam poucas para agradecer a atenção e o apoio dispensados sempre.
- a minha família *Ohana... nunca esquecer ou abandonar*: os filhotes mais especiais do mundo, que foram meus parceiros, que compreenderam a ausência, que sorriram e choraram comigo e a minha família que sempre incentiva e apóia minha trajetória acadêmica e profissional, em especial, a vovó dançarina Ducarmo, que se traduz como exemplo desse envelhecimento ativo aos 86 anos de idade.
- a Ingrid, certamente eu compartilho este trabalho com você! E mais, iniciamos juntas, naquela troca de palavras à espera da entrevista para a pós-graduação.
- Julianna, em níveis diferentes caminhamos juntas para traduzir conhecimento em benefício para a sociedade.
- Ana Paula e Débora, pela amizade, apoio e moradia no momento exato.
- Vicente, por me receber no LabPAM e estar sempre próximo, presente e disponível para o que der e vier.
- Fernando, a parceria nas disciplinas e na vida.
- aos coordenadores do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações da Universidade de Brasília que sempre se disponibilizaram a encontrar alternativas viáveis para a concretização deste trabalho, Maria Ângela e Claudio. Agradeço também aos funcionários (antigos e novos) Sonia, Marcos, , Rozane e Juliana e muito carinhosamente a Thaísa.
- aos professores do departamento: Iône pela introdução aos métodos qualitativos; Fabio Iglesias pela disponibilidade, apoio e incentivo constantes; Jairo por apresentar o contexto editorial do universo dos manuscritos e das publicações e Gardênia pelo exemplo.
- as (eternas) professoras e amigas Eliana e Maria Helena, cheguei até aqui influenciada e inspirada em vocês duas!
- ao Laboratório de Psicologia Ambiental por me acolher inicialmente na pós-graduação e posteriormente apresentar o ambiente dos idosos, em especial, professora Isolda que certamente inspira minha vida de pesquisadora sobre o envelhecimento, agradeço todas as suas contribuições.
- aos colegas e amigos do PST: Clara, Lude, Cleide, Zuleide, Zenith, Dalma, Fabio, André, Akira, Rodrigo Ferreira e Rodrigo Castro, Stela e Daniela, pelas contribuições e apoio ao longo do processo.
- a CAPES pelo apoio financeiro ao desenvolvimento da pesquisa.

E a todos os idosos que me abriram as portas de suas casas e demonstraram toda a alegria, sabedoria e bem-estar que se encontra quando se passa dos 60...

A minha gratidão a todos aqueles que direta ou indiretamente me ajudaram a chegar até aqui!

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. AMBIENTE E ENVELHECIMENTO	20
2.1 Conceituação de moradia e ambiente residencial	22
2.2 A dimensão física do ambiente residencial e modificações ambientais	30
2.3 A dimensão social do ambiente residencial: apoio social.....	35
2.3.1 <i>Abordagens para a investigação de apoio social e saúde</i>	37
2.4.1 <i>Saúde do idoso e envelhecimento ativo</i>	43
2.4.2 <i>Envelhecimento e saúde física: capacidade funcional</i>	47
2.5 Envelhecimento e saúde mental: bem-estar	49
2.5.1 <i>Bem-estar subjetivo</i>	50
3. PERCURSO METODOLÓGICO	54
3.1. Delineamento estratégico do estudo: os fatores em jogo.....	54
3.2. Objetivos: geral e específicos	55
4. ESTUDO 1: UM LEVANTAMENTO SOBRE MOBILIDADE E CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DO AMBIENTE RESIDENCIAL.	58
4.1. Método	61
4.1.1 <i>Participantes</i>	61
4.1.2 <i>Instrumentos</i>	62
4.1.3 <i>Procedimentos</i>	62
4.1.4 <i>Resultados</i>	62
4.1.5 <i>Discussão</i>	68

5 ESTUDO 2: UM ESTUDO ENTRE AS RELAÇÕES DE BEM-ESTAR, RELAÇÕES SOCIAIS, AMBIENTE RESIDENCIAL E ENVELHECIMENTO ATIVO.	72
5.1 Método	74
5.1.1 <i>Participantes</i>	74
5.1.2 <i>Instrumentos</i>	74
5.1.3 <i>Análise dos dados</i>	78
5.1.4 <i>Primeira etapa – Resultados das estatísticas descritivas</i>	79
5.1.5 <i>Tratamento dos dados: estatística inferencial</i>	90
5.1.6 <i>Segunda etapa - Resultados da Correlação Canônica</i>	91
5.1.7 <i>Resultados das Regressões Múltiplas Univariadas</i>	92
5.1.8 <i>Discussão do Estudo 2</i>	101
5. DISCUSSÃO GERAL	106
5.1 Considerações finais	116
6. REFERÊNCIAS	123
ANEXO 1 – Instrumento do Estudo 2	150
ANEXO 2 – Correlações de Pearson entre todas as variáveis do modelo teórico proposto pelo estudo	161

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características ambientais presentes e consideradas importantes na moradia associadas à acessibilidade no ambiente residencial (N = 140)	63
Tabela 2. Médias para a presença e a importância de características ambientais associadas à visitabilidade e à segurança por idade.....	65
Tabela 3. Anova da idade para presença e importância da visitabilidade e da segurança.....	65
Tabela 4. Regressão linear múltipla para a presença de características ambientais associadas à visitabilidade e à segurança a partir de variáveis sociodemográficas	66
Tabela 5. Regressão linear múltipla para a importância de características ambientais presentes na moradia associadas à visitabilidade e à segurança a partir de variáveis sociodemográficas	67
Tabela 6. Definições relativas aos fatores encontrados para a Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP)	77
Tabela 7. Estatísticas descritivas da dimensão física do ambiente residencial	80
Tabela 8. Estatísticas descritivas da dimensão familiar do ambiente residencial	81
Tabela 9. Estatísticas descritivas da dimensão psicológica do ambiente residencial.....	83
Tabela 10. Perigos e dificuldades observados pelos idosos em sua comunidade.....	84
Tabela 11. Principais serviços e facilidades identificados pelos idosos em sua comunidade..	85
Tabela 12. Suporte social avaliado pela rede de apoio social em suas dimensões funcional e estrutural	86
Tabela 13. A saúde objetiva dos idosos avaliada pela prática de atividade física, ocorrência de problemas de saúde, limitações físicas, quedas e fraturas informados nos últimos meses	87
Tabela 14. Ocorrência de quedas no último ano e consequentes fraturas decorrentes das quedas	88
Tabela 15. Atividades básicas de vida diária que indicam a capacidade funcional mediante a Escala de Katz	89
Tabela 16. A percepção de saúde dos idosos	89
Tabela 17. Bem-estar subjetivo e psicológico	89
Tabela 18 – Análise de Correlação Canônica entre ambiente residencial e envelhecimento ativo (N = 50)	91

Tabela 19. Apresentação das variáveis independentes e suas respectivas métricas	93
Tabela 20. Regressão múltipla univariada da variável limitação física	94
Tabela 21. Regressão múltipla univariada da variável capacidade funcional	94
Tabela 22. Regressão múltipla univariada da variável acidentes	95
Tabela 23. Regressão múltipla univariada da variável bem-estar subjetivo, na sua dimensão afeto positivo	95
Tabela 24. Regressão múltipla univariada da variável bem-estar subjetivo, na sua dimensão afeto negativo	96
Tabela 25. Regressão múltipla univariada da variável bem-estar subjetivo, na sua dimensão satisfação com a vida	96
Tabela 26. Regressão múltipla univariada da variável bem-estar psicológico, na sua dimensão autorealização, crescimento pessoal e ajustamento psicológico	97
Tabela 27. Regressão múltipla univariada da variável bem-estar psicológico, na sua dimensão produtividade	98
Tabela 28. Regressão múltipla univariada da variável bem-estar psicológico, na sua dimensão preocupação com as novas gerações	98
Tabela 29. Regressão múltipla univariada da variável bem-estar psicológico, na sua dimensão compromisso com os outros	99
Tabela 30. Regressão múltipla univariada da variável bem-estar psicológico, na sua dimensão cuidado (ser útil)	99
Tabela 31. Regressão múltipla univariada da variável percepção de saúde	100

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Quantidade, estrutura e função das redes sociais que influenciam a saúde e o bem-estar.....	39
Figura 2. Determinantes do envelhecimento ativo adaptado de OMS (2002).....	47
Figura 3. Modelo teórico proposto para a investigação da contribuição do ambiente residencial para o envelhecimento ativo.....	55
Figura 4. Correlações Canônicas entre ambiente residencial e envelhecimento ativo.....	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Dimensões do ambiente físico, psíquico e social que influenciam o bem-estar, adaptado de Lin & Ensel (1989).....	40
Quadro 2. Dimensões e atributos investigados nesse estudo.....	75
Quadro 3. Escala de Katz para mensuração das atividades básicas de vida diária.....	76
Quadro 4. Resultados sumarizados, das regressões múltiplas, organizados de acordo com cada uma das questões de pesquisa.....	101

INTRODUÇÃO

No Brasil, um pouco mais de um quarto ($\frac{1}{4}$) da população idosa concentra-se em sete estados brasileiros (IBGE, 2009). A concentração de pessoas acima dos 60 anos de idade nos principais centros urbanos caracteriza a população idosa brasileira como urbana, sendo que 83% dos idosos vivem nas cidades. Em 2007, pela primeira vez na história da humanidade, o Fundo de População das Nações Unidas (UNPU, 2007) constatou que mais da metade do planeta passou a viver em centros urbanos e parece que o Brasil acompanha esta tendência mundial.

O envelhecimento da população mundial e nacional aponta para uma série de desafios que as sociedades deverão enfrentar nas próximas décadas diante do aumento da expectativa de vida (Veras, 2009). Na década de 50, a esperança de vida girava em torno de 33,7 anos e estimativas apontam que em 2025, ela poderá atingir os 77,08 anos no caso dos idosos brasileiros (Cançado, 1996). Nessa mesma data, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que o Brasil terá a 6ª maior população de idosos no mundo (OMS, 2005).

O aumento do contingente populacional de pessoas idosas e a longevidade humana representam também um desafio à economia do país (Wong & Carvalho, 2006). A previdência social foi criada como um sistema de proteção social, com a função de garantir direitos sociais no Brasil (Boschetti, 2003). Porém, o crescimento da população idosa está sobrecarregando o sistema previdenciário público, com o aumento significativo do número de beneficiários e a redução expressiva do número de contribuintes para a previdência social (Afonso & Fernandes, 2005). Se por um lado diminui a capacidade de arrecadação do Estado, por outro se elevam os custos para o sistema de saúde do país, com recursos investidos na manutenção da independência e da saúde das pessoas que envelhecem (Ramos, 2003). Entre as pessoas idosas ocorre uma acentuada prevalência de doenças crônicas e degenerativas,

quadro que reflete numa frequência maior de internações, recuperações mais lentas e um número maior de reinternações (Araújo & Alves, 2001; Veras, 2001).

O adiamento da ocorrência de doenças sinaliza uma preocupação com o envelhecimento ativo e saudável, que precisa ser experienciado com satisfação, saúde e bem-estar. A ideia de uma expectativa de vida saudável está associada à compressão da morbidade, que consiste em retardar doenças e suas sequelas encurtando o período vivido entre surgimento de incapacidades ou doenças e a morte, ou seja, na média do número de anos em que é possível ao idoso viver livre de doenças incapacitantes (Chaimowicz, 1997; Veras, 2001). Assim, envelhecer bem envolve uma série de determinantes e modificadores de saúde associados a fatores individuais, sociais e ambientais, que dependem das condições de moradia, educação, saúde e trabalho durante todo o curso da vida (Neri, 1995).

O envelhecimento populacional destaca o papel fundamental que a saúde ocupa para a qualidade de vida nos anos a mais conquistados, pois as chances de se contrair um doença crônica aumentam junto com o avanço da idade. De acordo com o IBGE (2009), quase metade (48,9%) dos idosos brasileiros apresenta mais de uma doença crônica e para aqueles com mais de 75 anos eleva-se a proporção, que passa para 54%. De acordo com o último censo brasileiro, as principais doenças crônicas relatadas pelos foram: hipertensão (53,3%), doenças de coluna ou costa (35,1%), artrite ou reumatismo (24,2%), doenças coronarianas (17,3%), diabetes (16,1%) entre outras doenças, como a depressão (9,2%), asma ou bronquite (5,9%) e câncer (2,5%). 22,6% da população idosa reportou ausência de agravos à saúde, considerando o contingente populacional brasileiro, esta proporção revela uma parcela significativa da sociedade independente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) acompanhando essa mudança no perfil da população mundial, passou a defender à promoção de uma vida saudável, entre os idosos e, em vez de chamar esse processo de envelhecimento saudável passou a denominá-lo

de envelhecimento ativo, ressaltando determinantes sociais, comportamentais, pessoais e econômicos como aqueles que contribuem para a qualidade de vida das pessoas em idade avançada. Assim, o reconhecimento dos determinantes que afetam a saúde física e mental dos idosos conduz a produção de conhecimento, capaz de contribuir para a promoção e manutenção da capacidade funcional e de uma vida independente.

A identificação de contingências que influenciem na adaptação dos idosos ao seu ambiente, em busca do equilíbrio entre suas potencialidades e limitações, pode contribuir para a geração de conhecimento no campo gerontológico. Nessa direção, situam-se os estudos apresentados nos capítulos a seguir, que pretendem compreender as relações entre o ambiente residencial e o envelhecimento ativo.

O idoso prefere envelhecer em sua casa e próximo dos objetos e pessoas que atribui valor. As preferências por envelhecer em sua casa estão associadas a aspectos de apego com o lugar, de segurança, familiaridade e laços com a comunidade ou vizinhança (Oswald & Wahl, 2004). No Brasil, de acordo com o IBGE (2009), existe uma parcela importante de idosos (e maior se comparada a outras faixas etárias) que vive em domicílios unipessoais, isto significa salientar que 41,8% das pessoas acima dos 60 anos de idade decidiram viver sozinhas em suas próprias casas. Entre os motivos apontados para conviver com outras pessoas dentro de casa, 54,1% dos idosos indicaram fatores financeiros como principal motivo para a convivência com outras pessoas em sua moradia. A média nacional é de 2,6 moradores por domicílio particular e mais da metade (73,1%) das pessoas acima dos 70 anos são os proprietários dos seus imóveis (IBGE, 2009).

Estudos apontam vários fatores considerados importantes na escolha do local onde as pessoas preferem envelhecer: morar em casa térrea, proximidade com a família e os amigos, a condição de saúde (presença ou ausência de limitações físicas e problemas de saúde), ausência de limitações geográficas, fonte de recursos financeiros disponíveis (Rubinstein,

1989; Rubinstein & De Medeiros, 2004). A propriedade do imóvel também representa um fator importante para a permanência na moradia, mesmo que haja a presença de algumas doenças típicas do envelhecimento (Huang, 2011). Assim como a satisfação residencial também representa outro fator que envolve avaliações subjetivas da casa de acordo com a idade e a localização geográfica e está associada à satisfação com a vida (Pinquart & Burmedi, 2004).

No contexto brasileiro, as pessoas entrevistadas no último censo apresentaram uma diversidade de situações de coabitação associadas a fatores econômicos e sociais no interior do grupo familiar, como pais com recursos reduzidos morando com filhos que atravessam um período de desemprego; mães divorciadas ou viúvas que acolhem seus filhos/as divorciados ou as filhas solteiras com seus filhos; ou, ainda, filhos/as solteiros que nunca saíram da casa dos pais; pais ou mães viúvas mais abastados que não acolhem os filhos/as em suas casas, mas ajudam financeiramente aqueles em dificuldade, casados ou não; pais e filhos/as adultos (casados e com filhos) que sempre moraram juntos etc. (IBGE, 2011). As relações e trocas sociais que ocorrem na moradia também constituem uma fonte de recursos e que podem afetar a saúde das pessoas idosas, na medida em que podem auxiliar no desempenho de várias atividades ao longo do dia (Krause & Clark, 1994; Lee, Netzer & Coward, 1995; Levy-Storms & Lubben, 2006).

Além da preferência do idoso por envelhecer em sua casa e das interações sociais que a pessoa idosa realiza ao longo do dia e no lugar onde vive, o espaço físico da moradia representa mais um aspecto da moradia que pode facilitar ou dificultar o desempenho de diversas atividades realizadas dentro de casa de forma independente. Além disso, barreiras e obstáculos arquitetônicos podem segregar os idosos e afetar significativamente a participação deles na comunidade (Webber, Porter & Menec, 2010).

Nessa direção, a moradia comporta várias dimensões, como a psicológica e afetiva, a social e a física, por exemplo. O capítulo 2 organiza conceitualmente as variáveis multidimensionais de investigação dos estudos: ambiente residencial e envelhecimento ativo. O capítulo 3 demonstra o delineamento de pesquisa proposto, com a apresentação dos objetivos de pesquisa. Foram desenvolvidos dois estudos para investigação da relação entre ambiente residencial e envelhecimento ativo. No capítulo 4, o foco focou-se mais especificamente sobre a dimensão física do ambiente residencial, em especial, sobre as características de acessibilidade e de segurança desse ambiente. No capítulo 5, a ênfase dada foi para as relações estabelecidas entre o ambiente residencial e o envelhecimento ativo, mensurado pela saúde física e mental de pessoas idosas. E para finalizar a apresentação da estrutura da tese de doutorado, o capítulo capítulo 6, apresenta uma discussão geral, com o propósito de articular os achados entre dois estudos desenvolvidos.

Assim, pretende-se que tais estudos possam contribuir para o campo gerontológico, em especial, para a área da psicologia. De acordo com Pfromm Netto (2007), a formação do psicólogo brasileiro apresenta várias lacunas, ressaltando a predominância de um primarismo metodológico dominante na ciência psicológica no país. Este autor sugere a criação de novos conhecimentos a partir de novas metodologias diante de uma situação atual preocupante, reconhecendo ainda a necessidade da atuação profissional do psicólogo frente a novas demandas sociais, incluindo o envelhecimento populacional.

Veras (1992) destaca a importância de se considerar desenhos de pesquisas específicos para estudos com população idosa no Brasil, dada as especificidades desse grupo etário. Veras (2009) ressaltam ainda que a baixa prioridade conferida aos idosos pelas políticas públicas relativas a questões assistenciais, previdenciárias, de ciência e tecnologia evidencia uma percepção inadequada das suas necessidades específicas. Portanto, pesquisadores que estudam o envelhecimento no país reconhecem que apesar dessa área adquirir cada vez maior

visibilidade, estudos sobre o tema ainda não são numerosos, assim, enfatizam a necessidade de mais estudos (Araujo & Alves, 2001; Neri, 1995; Prado & Sayd, 2004).

2. AMBIENTE E ENVELHECIMENTO

Recentemente, o interesse pelo lugar ou ambiente onde o idoso vive ou envelhece tem despertado a atenção de vários pesquisadores, em especial daqueles que investigam o envelhecimento humano. Tradicionalmente os idosos são vistos como menos propensos a mudarem de moradia ou a maneira como vivem (Gilleard, Hyde & Higgs 2007). Existe uma baixa mobilidade geográfica nessa faixa etária, a não ser em função de uma forte necessidade, como aquelas decorrentes de acontecimentos comuns nessa fase, como a viuvez, a perda severa da independência ou a degeneração cognitiva. De uma maneira geral, entretanto, a maioria das pessoas preferem envelhecer em suas próprias casas.

Envelhecer num lugar familiar, com pessoas e rotinas familiares resulta num forte senso de satisfação e contentamento (Gilleard et al., 2007). Paúl (2005) salienta a importância do ambiente residencial na vida dos idosos, cuja satisfação com o lugar onde vivem está associada ao sentido de bem-estar entre os idosos.

Nos Estados Unidos, há um movimento, iniciado na década de 1970, preocupado com o impacto do lugar onde o idoso envelhece para a sua saúde e sua adaptação, chamado de *aging in place*, que incentiva a permanência deles em seus ambientes residenciais ou quando possível, por meio de adaptações ambientais em sua moradia, estimular o retorno às suas próprias casas (Wister, 1989). As mudanças residenciais nessa fase da vida podem ser percebidas como negativas, uma vez que introduz mudança na rotina dos idosos.

As consequências negativas de tal mudança evidenciam-se pela incapacidade de alguns idosos de prever o que vai se passar com a alteração do lar, pelo desequilíbrio entre as expectativas e a futura realidade ou pelo próprio estresse gerado pela mudança, que exigirá novas adaptações, pressupondo ou não a existência de novos recursos para gerenciar tais situações (Golant, 1998). Muitos estudos evidenciam as consequências negativas da saída dos

idosos de suas próprias casas e que esse fenômeno afeta significativamente o estado de saúde, diminuindo a autonomia e a independência, incluindo a presença de graves sintomas depressivos (Jungers, 2010; Wahl, Fänge, Osvald, Gitlin & Iwarson, 2009; Webber, Porter & Menec, 2010).

Alguns pesquisadores ainda se referem a uma síndrome chamada de “*relocation stress syndrome* (RSS)”, com a presença de distúrbios fisiológicos ou psicossociais resultantes da transferência do idoso de um local para outro (Capezuti, Boltz, Renz, Hoffman & Norman, 2006; Walker, Curry & Hogstel, 2007). As principais consequências da RSS incluem confusão mental, depressão, ansiedade, apreensão, incapacidade, raiva e traição, redução da satisfação com a vida, senso de desvalorização, solidão, quedas, mortalidade, morbidade, redução da competência imunológica e redução do funcionamento psicossocial (Capezuti et al., 2006; Hodgson, Freedman, Granger & Emo, 2004; Lutgendorf et al., 2001; Walker et al., 2007).

As pesquisas sobre o tema envelhecer no próprio lugar (*aging in place*) fornecem importantes contribuições para a compreensão das relações entre os idosos e os contextos nos quais estão inseridos, ou seja, sua casa, sua vizinhança, sua comunidade e as pessoas com as quais se relacionam ao longo de suas vidas (Rosel, 2003). A moradia dos idosos está entre os muitos conceitos no campo gerontológico que sofre de imprecisão de significado, pois descreve uma série de arranjos de vida e condições ambientais. Mesmo assim, tal conceito tem sido utilizado em debates contínuos e de longo prazo sobre o papel adequado das políticas públicas e sociais para atender às necessidades habitacionais da população. Contudo não há políticas específicas que considerem padrões típicos de moradia para essa faixa etária diferenciados de padrões de habitação para a população em geral.

2.1 Conceituação de moradia e ambiente residencial

Uma série de palavras podem ser utilizadas para se referir ao lugar onde a pessoa vive, dentre elas: casa, lar, moradia, habitação, domicílio, residência, ambiente de moradia, doméstico ou residencial. Lawrence (1987) estabelece relações de reciprocidade entre casa, moradia e habitação e reconhece tais conceitos como unidades espaciais do ambiente construído. Para Rybczynski (1999), a palavra lar reúne o significado de casa e família, de propriedade e afeição, de moradia e abrigo. Després (1991) salienta que a habitação ou lar é uma entidade complexa e multidisciplinar estudada por muitas abordagens e apresenta quatro modelos teóricos para sua interpretação. No primeiro modelo, adotando uma perspectiva psicanalítica, a casa consiste numa representação subconsciente que a pessoa faz de si mesma, uma extensão de sua psique e de seu corpo. A casa constitui um arquétipo de todas as peles sucessivas que envolvem o ser humano, como o seio materno, corpo, família e universo, que se encaixam e se modelam. A casa é a representação do último ego e das relações que estabelece com seus invólucros, revelando modalidades de pertença ao mundo (Royer, 1989). No segundo modelo apresentado por Després (1991), baseado nos pressupostos da teoria da personalidade de Maslow, a casa é apresentada na hierarquia das necessidades básicas humanas e representa um dos níveis para se atingir o bem-estar psicológico e a autorrealização. No terceiro modelo apresentado por esse autor, a casa representa local de refúgio e abrigo, respeitando a demanda do ser humano por privacidade. E no último modelo, a casa evidencia reconhecimento e status social.

A casa tomada em seu sentido de propriedade serve como símbolo de poder e de medida de status social de seu dono (Silva, 2011). A casa como uma entidade político-econômica pode ser representada pelos discursos ideológicos e pelas políticas de habitação (Després, 1991). Correia (2004) propõe interpretações urbanas e domésticas singulares para a

moradia urbana no país. Esta autora circunscreve a noção de casa ao seu espaço urbano, onde evidencia um modelo de moradia articulado com as estruturas urbanas, por meio de redes de infraestrutura, equipamentos coletivos e espaços de trabalho.

A casa, além de se apresentar com a função de habitação, consiste também num espaço restrito à vida familiar. O uso residencial e de repouso protege seus moradores de estranhos e sua organização interna obedece a preceitos de higiene, privacidade, conforto (Correia, 2004). Para Silva (2011), a casa fornece muito mais que abrigo, cria laços de identidade e pertencimento em seu moradores. A casa é um ambiente seguro, onde se possibilita a criação de raízes e se experimenta o sentimento de pertença e identidade com o lugar (Proshansky, 1978; Proshansky, Fabian & Kaminoff, 1983). Esse aspecto, sem dúvida, é uma das razões pela qual a maioria dos idosos refere que gostaria de permanecer em suas casas enquanto for possível (Oswald, Wahl, Mollenkoff & Schilling, 2003; Sabia, 2008). O sentimento de pertença contribui para o bem-estar e depende de relações fortes e bem desenvolvidas com o ambiente, em que três principais processos psicológicos estão associados ao vínculo com o lugar: o apego, a familiaridade e o de identidade com o ambiente (Billig, 2006).

Després (1991) realizou um levantamento na literatura sobre o significado de moradia e apresentou dez principais expressões reveladas quanto ao lugar onde a pessoa vive: (1) segurança e controle; (2) ambiente para se refletir idéias, valores e expressar sobre si mesmo; (3) local onde se exercem ações e modificações; (4) espaço de memória e criação de raízes, gerando sentido de permanência e continuidade; (5) ambiente de relacionamentos com a família e os amigos; (6) centro de atividades, como lazer, satisfação de necessidades fisiológicas etc. (7) local de privacidade, espaço de refúgio do mundo exterior; uma espécie de santuário; (8) indicador da posição socioeconômica, que revela o status social; (9) características estéticas, estilo e estrutura material e (10) sentido de propriedade, espaço para se apropriar.

Dovey (1985) complementa que a moradia se configura como manifestação da dicotomia dentro/fora, representando a transição entre o lado social (a fachada) e o lado íntimo (o interior), público/privado, movimento/repouso, caos/ordem, estranho/familiar, perigoso/seguro, profano/sagrado, estranho/familiar. Para além de uma ordenação espacial, a habitação significa uma entidade que define e é definida por conjuntos de fatores arquitetônicos, culturais, econômicos, políticos, sociodemográficos e psicológicos que se modificam ao longo do tempo (Lawrence, 1987, 1990). Por exemplo, as dimensões culturais, sociodemográficas e psicológicas devem estar articuladas nas questões relativas ao projeto, ao significado e ao uso da habitação. A dimensão psicológica está associada às preferências em relação à casa. A dimensão sociodemográfica aponta o perfil do morador e a dimensão cultural revela a sociedade de uma determinada época.

A dimensão psicológica revela preferências pessoais pela forma e construção do espaço físico, desenha a biografia residencial, demarca o espaço pessoal e a privacidade, sinaliza aspirações e metas, define papéis pessoais e sociais, baliza a identidade pessoal. Na dimensão sociodemográfica, a renda mensal, a classe social, o trabalho, a escolaridade, a idade e o sexo dos moradores compõem a estrutura demográfica; enquanto a composição familiar, as crenças e as práticas religiosas, os valores socioeconômicos, a vida social e as rotinas domésticas constituem as características sociais dos moradores (Lawrence, 1987).

A dimensão cultural inclui normas e regras de parentesco, estilo de vida doméstico, rituais sociais e domésticos, a disposição e orientação da casa, métodos e regulamentos de construção e valores compartilhados cultural e historicamente (Lawrence, 1987). Freud (1930) ressaltou a construção de habitações, ao lado do emprego de ferramentas e a dominação do fogo, como os primeiros atos culturais do homem.

A cultura se manifesta tanto por meio dos objetos físicos como das respostas subjetivas para com o ambiente (Fan Ng, 1998). Assim, o conceito de cultura transparece nas

casas e nos bairros e suas manifestações aparecem não apenas na percepção, crenças, valores, normas, costumes e comportamentos das pessoas, mas também nos designs de objetos e no ambiente físico (Ozaki, 2002).

Existe uma relação entre formas e divisões da habitação e o modo de vida de seus moradores, de forma que a edificação residencial pode ser considerada uma materialização da cultura e da sociedade (Certeau, Giard & Mayol, 1996; Tuan, 1983). A casa expressa uma determinada cultura, seja de forma intencional através do projeto do ambiente ou pelo uso diário do espaço. A forma da casa, seu desenho interno ou o modelo das casas no bairro podem tanto ajudar como prejudicar seu moradores, cujo ambiente pode assumir tanto o papel de facilitador como o de perturbador do comportamento humano (Rapoport, 1985).

Culturalmente, a moradia sintetiza as possibilidades das aquisições humanas ao longo do tempo, capaz de refletir o modo de interação entre o homem e seu ambiente, a evolução tecnológica de um grupo e as suas peculiaridades locais (Rapoport, 1998). Assim, ao longo dos anos a importância e o significado de casa têm sido objeto de um grande número de estudos em várias disciplinas, como sociologia, antropologia e psicologia. O conceito de casa é considerado multidimensional por sua própria natureza (Lawrence, 1990; Mallet, 2004), pois, ao mesmo tempo é considerado um lugar, um espaço, um conjunto de sentimentos, costumes, significados, experiências ou representações e, apesar de sua multidimensionalidade, ainda assim fornece um conjunto de definições de espaço (Trillos, 2007).

Elali (2006) assegura que a moradia pode ser analisada a partir de classificações em função de sua localização – urbana, suburbana ou rural; das relações familiares entre moradores – individual, unifamiliar, multifamiliar; dos modos de produção – construída por meios tradicionais, por sistemas industrializados, por sistemas alternativos; dos agentes envolvidos – autoconstrução, mutirão, sistema cooperativista, terceiros; do tipo de edificação

– casa, apartamento, condomínios verticais ou horizontais, por exemplo. Martucci e Basso apresentam uma diferenciação bastante útil dos conceitos de casa, moradia e habitação para auxiliar a organização das ideias apresentadas nessa seção, uma vez que tais conceitos foram usados indiscriminadamente apenas com o propósito de evidenciar seus significados, funções e dimensionalidades.

Casa representa o ente físico que divide os espaços internos e externos, com função de abrigo e proteção, cujos processos construtivos são utilizados com suas respectivas técnicas e tecnologias para a construção da casa (Martucci & Basso, 2002). Já moradia possui uma ligação estreita com os elementos que fazem a casa funcionar, com ênfase nos hábitos de uso da casa. Para Martucci e Basso (2002), uma casa por si só não se caracteriza como moradia, ela precisa se identificar com o modo de vida de seus moradores, pois os mesmos invólucros e entes físicos se transformam em moradias diferentes, com características diferentes, cujos hábitos de uso dos moradores se tornam a tônica da mudança. Basta analisar para isso o uso de uma mesma casa, ao longo do tempo, por famílias e pessoas diferentes.

Habitação, por outro lado, caracteriza-se pela composição de casa e moradia integradas ao espaço urbano, com todos os elementos que este espaço pode oferecer. Do ponto de vista conceitual, a habitação está associada ao conceito de *habitat*, integrando o interno com o externo, considerando os elementos que se relacionam com a vida das pessoas e suas respectivas relações sociais, políticas, econômicas, históricas, ideológicas etc. Assim, habitação depende de características de localização e está ligada diretamente à composição urbana por meio da infraestrutura urbana instalada e das redes de serviços. Portanto, quanto mais bem equipado estiver o espaço urbano no qual estiver localizada a casa, melhores serão as condições de uso da moradia, qualificando positivamente a habitação (Martucci & Basso, 2002).

A diferenciação entre casa e lar também é útil ao escopo desse estudo. Alguns autores como Dovey (1985), Werner, Altman e Oxley (1985) e Maddox (2003) buscaram delinear diferenças conceituais entre casa e lar, baseadas em dimensões temporais e nas relações que ocorrem dentro desses ambientes. Para Dovey (1985), a casa representa um objeto, parte do ambiente, enquanto lar representa um sistema de relações ordenadas com o lugar, altamente complexo e que fornece uma orientação no espaço, tempo e sociedade, relações baseadas em significados e emoção entre os moradores a a moradia.

Para Maddox (2003), o lar representa onde o coração está e geralmente está associado a família e memórias compartilhadas, evidenciando um sentido de segurança e autonomia para quem decide envelhecer nesse lugar. O lar é um conceito maleável, que pode envolver tanto ideias positivas quanto negativas (se levar em conta que este lugar também pode abrigar situações de violência), mas certamente é o local onde seus moradores depositam suas emoções e expectativas e se desenvolvem laços afetivos que podem durar por toda a vida.

Os conceitos apresentados sobre o lugar onde as pessoas vivem evidenciam a influência do ambiente físico sobre o comportamento humano. Arquitetos e projetistas reconhecem há algum tempo que a forma e a aparência de um prédio influenciam certos comportamentos que ocorrem em seu interior e que a construção de casas cria, além do ambiente físico, um ambiente psicológico de significados e um mundo simbólico que reforça um padrão específico de preferências e valores (Ittelson, Proshansky, Rivlin & Winker, 1974). A moradia representa o cenário primário das relações entre a pessoa e o seu ambiente (Rapoport, 1985).

A interação dos aspectos psicológicos do homem e seu ambiente físico configura o objeto de investigação da Psicologia Ambiental (Campos-de-Carvalho, 1993; Pinheiro, 1997; Kruse, 2005; Wiesenfeld, 2005). Kruse (2005) define o ambiente como o entorno subjetivamente significativo de uma pessoa ou grupo. A Psicologia ambiental considera o

significado percebido ou atribuído ao ambiente por uma pessoa e estuda o comportamento espacial manifestado pelas pessoas em interação com o ambiente.

Pinheiro (1997) enfatiza que o ambiente físico precisa ser investigado concomitantemente com sua dimensão social, condição inalienável das interações entre pessoa e ambiente. Esse autor recomenda, ainda, que os aspectos funcionais dos ambientes devem ser considerados em conjunto com seus atributos simbólicos.

Wiesenfeld (2005) realizou um levantamento de estudos publicados sobre a interação entre o homem e o seu ambiente nos dois principais periódicos da área, *Environment and Behavior* e *Journal of Environmental Psychology*, e nos principais congressos realizados no continente americano até o ano de 2001 e verificou que diferentes graduações do ambiente foram investigadas. Entre elas se incluem a análise das diferentes escalas do ambiente (desde micro, como o espaço doméstico, intermediárias, como a vizinhança até macro, como as cidades), os diversos tipos de ambientes (residenciais, urbanos, rurais, recreativos, laborais, educativos, hospitalares), os fatores ambientais específicos (*design*, decoração, ruído, iluminação e cor) ou mesmo os aspectos mais gerais (como a qualidade ambiental).

Essa mesma autora exemplifica que o ambiente residencial foi investigado considerando as suas atribuições sociais relacionadas a outros atributos como: as propriedades visuais e as valorações afetivas das áreas residenciais, a interação social segundo a organização espacial da moradia, o significado do lar, a avaliação da satisfação residencial, os usos de diferentes espaços residenciais, a identidade de lugar, a percepção da qualidade do ambiente residencial, a relação entre privacidade e desenho interno da moradia.

Tognoli (1987), na primeira edição do *Handbook of Environmental Psychology*, usou a palavra ambiente residencial como um termo neutro para representar tanto a casa como a habitação, a vizinhança e a comunidade. Desde então, o termo tem sido utilizado para características que definem o ambiente, incluindo um conjunto de componentes naturais e

humanos, que variam desde clima, topografia, vegetação, paisagem até ambientes construídos, infraestrutura, serviços e facilidades presentes na comunidade (Lawrence, 2002)

A apresentação de definições e significados sobre casa, lar, moradia e habitação no contexto brasileiro contribui para a compreensão do termo ambiente residencial, pois ele agrega: (1) a dimensão da casa, considerando o espaço físico do ambiente, (2) a dimensão lar, considerando as relações sociais e afetivas e (3) a dimensão moradia, ressaltando as características de utilização do espaço doméstico a partir de comportamentos, hábitos e valores também considerados culturais e a dimensão habitação, que salienta a localização, a infraestrutura e os serviços disponíveis na comunidade.

Amérigo (1998) corrobora essa visão, na medida em que admite o ambiente residencial como a casa ou a habitação e as zonas que rodeiam a pessoa, como os níveis fundamentais onde se pode enquadrar a investigação deste tipo de ambiente. Assim, apresenta três unidades de análise para o estudo do ambiente residencial: a casa, o bairro e a vizinhança. A casa e o bairro são investigados por duas perspectivas: uma física, que corresponde ao espaço físico, equipamentos e serviços e outra social, que se refere às redes sociais que se estabelecem tanto nas áreas compartilhadas na moradia como no bairro.

A vizinhança deve ser entendida como a dimensão social subjacente tanto ao conceito de casa como ao de bairro, porque sua investigação ocorre em relação a eles. A ideia central é compreender o *desenho* da moradia e sua influência nos padrões de interação social de seus moradores, baseados principalmente em duas áreas de investigação: a proximidade entre vizinhos e o senso de comunidade (Amérigo, 1998). Alguns psicólogos ambientais enfatizam a importância de processos psicossociais como identidade e vínculo com o lugar, satisfação ambiental e uso do espaço para a investigação do ambiente residencial (Aragonés & Amérigo, 1998; Becthel & Churchman, 2002; Bell, Greene, Fisher & Baum, 2005).

No sentido de organizar as ideias apresentadas até o momento, a investigação do ambiente residencial está associada ao estudo de vínculo ao lugar, satisfação residencial, preferência e uso do espaço, vizinhança e comunidade, em especial, o senso de comunidade. A ideia central é a de que o ambiente residencial representa muito mais que abrigo, reflete o lugar onde se organiza a vida social e se estabelece vínculos afetivos.

Américo (1998) aponta um modelo útil para o estudo dos níveis de análise do ambiente residencial, no qual ele é função da casa (C), do bairro (B) e da vizinhança (V), ou seja, $AR = f(C + B + V)$. Baseado nessa representação matemática, o modelo adotado para investigação do ambiente residencial nesse estudo, propõe que ele seja avaliado em função dos ambientes físico (Fi), psicológico (P), familiar (Fa) e comunidade (C).

Assim, o ambiente residencial do idoso caracteriza-se por suas dimensões física (Fi), familiar (Fa), psicológica (P) e pela dimensão comunidade (C), as quais são investigadas em função das relações estabelecidas com o ambiente residencial (AR) e que podem ser agrupadas em quatro níveis de análise, a partir do seguinte modelo $AR = f(Fi, P, Fa, C)$. Assim, o presente estudo adota o conceito de ambiente residencial para a investigação dos processos afetivos e cognitivos das pessoas idosas em interação com seu ambiente sociofísico.

Apesar do conceito ambiente residencial apresentar-se em seu sentido mais amplo, na medida em que comporta tais várias dimensões, em algumas partes deste estudo, em especial, na partes destinadas às análises, o termo casa ou moradia podem substituir o termo ambiente residencial.

2.2 A dimensão física do ambiente residencial e modificações ambientais

As teorias ambientais sobre o envelhecimento humano ressaltam a importância da dimensão física do ambiente sobre o comportamento das pessoas idosas. Por exemplo, a Teoria Ecológica do Envelhecimento (Lawton & Nahemow, 1973) salienta que barreiras ou

obstáculos físicos presentes no ambiente onde a pessoa idosa vive interferem na qualidade de vida, no seu bem-estar, afetando sua independência e sua capacidade funcional.

O contexto ambiental do envelhecimento assume importante papel nas pesquisas em gerontologia, especialmente, para a gerontologia ambiental, considerada uma subarea da psicologia ambiental (Gitlin, 2003). A gerontologia ambiental preocupa-se com a descrição, a explicação, a modificação e a otimização das interações entre as pessoas idosas e seus ambientes sóciofísicos (Wahl & Weisman, 2003).

A dimensão física do ambiente residencial se refere aos aspectos considerados objetivos do espaço físico. Na investigação proposta pelo Estudo 2 se considerou a propriedade do imóvel, o tipo de edificação, a densidade da moradia e a acessibilidade da casa como as características físicas do ambiente residencial. Para Folts e Muir (2002), em geral, as pessoas idosas consideram a propriedade da moradia como um componente importante para a qualidade de vida. Linneman e Megbolugbe (1993) afirmam que o proprietário apresenta maior liberdade para adaptar a moradia a suas necessidades e ainda se engajam mais em projetos para personalizar os espaços domésticos.

A ideia de propriedade está associada ao conceito de apropriação do espaço e sua respectiva utilização (Giorgi, Padiglione & Pontecorvo, 2007). Como propriedade, a casa é utilizada como símbolo de poder e posição social de seu dono. Lira (2009) investigou, numa cidade nordestina brasileira, o significado de moradia e observou que a noção de propriedade assumiu uma importância valorativa, associada a um sentido de independência e estabilidade, confirmando assim, a importância simbólica atribuída à propriedade dos espaços onde moram.

As relações entre propriedade e realocação ou transferência de ambientes entre idosos é largamente documentada na literatura estrangeira (Hansen & Gottschalk, 2006). A propriedade e outros fatores como a posição sócio-econômico, mudanças no ciclo familiar e o

nível de independência do idoso influenciam a mudança de residência (Kampfe, 2002; Jungers, 2010; Stoeckel & Porell, 2010).

Apesar da preferência do idoso em envelhecer em sua moradia (*aging in place*), muitas vezes não é possível permanecer em casa, em função do declínio na capacidade funcional do idoso, pois problemas ou limitações em sua saúde afetam gravemente sua autonomia e sua independência (Petrella & Cress, 2004). Cress, Orini e Kinsler (2011) investigaram relações entre o tamanho da casa, a capacidade funcional e o uso do espaço doméstico e concluíram que espaços físicos menores influenciam na maior utilização dos espaços físicos da casa e quanto melhor for a capacidade funcional do idoso mais passos ele dá dentro de casa.

Quanto maior a vulnerabilidade do idoso, maior atenção deveria ser dada à dimensão física do ambiente residencial, que deveria reduzir os obstáculos dos seus espaços físicos e apoiar a manutenção da independência da pessoa que envelhece, compensando suas limitações ou deficiências (Lawton, 1980; Pynoos, 1992; Steinman, Pynoos & Nguyen, 2009). Pesquisas recentes relatam que características do ambiente, como a falta de acessibilidade ou ambientes considerados inseguros, podem acelerar o declínio funcional do idoso contribuindo para sua dependência e falta de autonomia (Gitlin, Winter, Dennis, Corcoran, Schinfeld & Hauck, 2006).

Jon Pynoos e Laura N. Gitlin representam dois importantes grupos de pesquisa que investigam a influência das modificações ambientais na vida dos idosos. As pesquisas conduzidas por Gitlin concentram-se nas intervenções ambientais capazes de modificar positivamente a vida e as atividades relativas ao cuidado dos idosos, em especial, daqueles que apresentam moderados prejuízos cognitivos (Gitlin, Miller & Boyce, 1999; Gitlin, Corcoran, Winter, Boyce & Hauck, 2001; Gitlin, Mann, Tomit & Marcus, 2001; Gitlin, 2003;

Gitlin et al., 2006). E as pesquisas de Pynoos investigam as adaptações feitas no ambiente físico, que facilitam a vida independente do idoso ou mesmo as atividades relacionadas ao cuidado dele e a prevenção de quedas ou de acidentes domésticos. São consideradas modificações ambientais: instalação de corrimãos em escadas e corredores de acesso, reposicionamento da mobília, iluminação extra nos espaços, construção de rampas, barras de apoio no banheiro (Pynoos, 1993; Pynoos, Hamburger & June, 1990; Pynoos, Nishita & Perelman, 2003; Pynoos & Sanford, 2002; Pynoos, Sanford & Rosenfelt, 2002).

A presença desses elementos no ambiente está associada às características de acessibilidade do ambiente, ou seja, o ambiente pode ser utilizado por todas as pessoas, incluindo aquelas com mobilidade reduzida (deficientes, idosos, crianças, gestantes e obesos). O desenho de produtos e dos ambientes para ser utilizáveis por todas as pessoas, na medida do possível, sem a necessidade de adaptação ou desenho especializado consiste no conceito do Desenho Universal (Wright, 2001).

O Desenho Universal, também chamado de desenho inclusivo, pois pretende incluir o maior número de pessoas possíveis na utilização do espaço estabelece sete princípios: (1) uso equitativo: o projeto não pode criar desvantagens ou estigmatizar qualquer grupo de usuários; (2) flexibilidade no uso: o projeto adaptado a um largo alcance de preferências e habilidades individuais; (3) uso simples e intuitivo: fácil entendimento independente da experiência, conhecimento, linguagem e grau de concentração dos usuários; (4) informação perceptível: o projeto comunica necessariamente informações efetivas ao usuário, independente das condições do ambiente e das habilidades sensoriais do usuário; (5) tolerância de erros: o projeto minimiza os riscos e as consequências adversas de acidentes; (6) pouco esforço físico: o projeto deve ser usado eficiente e confortavelmente, com um mínimo de cansaço e (7) tamanho e espaço para acesso e uso: tamanho e espaços apropriados para acesso,

manipulação, uso, independente do tamanho do corpo, postura ou mobilidade do usuário (Story, 2001).

Assim, o Desenho Universal engloba um conjunto de soluções que garantam a acessibilidade dos ambientes, removendo barreiras arquitetônicas. Para Iwarsson e Ståhl (2003), a acessibilidade refere-se a um conceito relativo às relações que ocorrem entre pessoa-ambiente, mais especificamente entre as limitações funcionais individuais e as demandas de ambiente. A acessibilidade compreende um componente pessoal e outro ambiental. Além disso, a acessibilidade atende a normas e padrões pré-estabelecidos no que diz respeito às especificações do ambiente, representando a perspectiva objetiva do ambiente (Fänge & Iwarsson, 2003; Iwarsson & Ståhl, 2003). Os idosos têm sua capacidade funcional reduzida, conseqüentemente, apresentam mobilidade restringida; Lord, Menz e Sherrington (2006) afirmam que são inexpressivos os estudos, que investigam o impacto das modificações ambientais para a saúde das pessoas com limitações funcionais e apenas parte desses estudos exploram o impacto das tais modificações em relação à ocorrência de quedas entre idosos.

Apesar de a pessoa idosa preferir envelhecer na própria moradia (*aging in place*), a dimensão física do ambiente recebe pouquíssima atenção, se comparada a outros fatores que afetam o processo de envelhecimento humano. Existe uma falta de investimento nas modificações ambientais, que ofereçam acessibilidade, apoio e segurança para as atividades de vida diária. Nesse sentido, o ambiente assumiria a função de compensar as perdas típicas dessa fase da vida. Pynoos, Angellei e Tabbarah (1998) ressaltam que as modificações ambientais são estratégias eficazes para aumentar a independência, promover a segurança, facilitar o cuidado, tornar as tarefas domésticas mais fáceis e ainda possibilitam economizar recursos financeiros.

Por um lado, a dimensão física do ambiente é importante para promover independência e a saúde das pessoas que escolhem ou decidem envelhecer em suas casas. Por outro, as pessoas e as relações sociais que se estabelecem nesse espaço físico também são responsáveis por influenciar a saúde mental e física dessas pessoas. Para Cohen, Gottlieb e Underwood (2000) aqueles que participam ativamente em sua comunidade vivem mais e são menos propensos a desenvolver problemas de saúde (físicos e mentais). Rook (2009) ressalta que adultos mais velhos experimentam perda ou ruptura de suas redes sociais em função de doenças, mortes ou realocação residencial.

2.3 A dimensão social do ambiente residencial: apoio social

O apoio social é muitas vezes utilizado em um sentido mais amplo, referindo a qualquer processo por meio do qual as relações sociais podem promover a saúde e o bem-estar (Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000). A dimensão social do ambiente residencial adotada nesse estudo identifica diferentes processos, através dos quais as relações sociais podem influenciar a saúde. Tais processos são abordados em duas categorias: apoio social funcional e apoio social estrutural.

O apoio social funcional refere-se aos processos que envolvem a prestação ou troca de recursos emocionais, informativos ou instrumentais em resposta à percepção de necessidade de auxílio. Nessa categoria, o apoio social é um termo utilizado para se referir aos recursos sociais que as pessoas percebem como disponíveis ou que são efetivamente prestados por familiares, amigos e vizinhos nas relações de ajuda. E o apoio social estrutural refere-se aos benefícios para a saúde que resultam da participação de um ou mais grupos distintos, como a família e os amigos. A hipótese é a de que essas pessoas podem influenciar cognições, emoções e comportamentos de maneira benéfica para a saúde da pessoa idosa. Exemplos dessas interações benéficas podem ser percebidos nos sentimentos de autoestima,

autoconceito, autoeficácia e controle pessoal demonstrados pelos idosos que têm implicações para a saúde.

Somente a partir da década de 70, o apoio social se constitui como um quadro teórico importante para a compreensão das relações sociais, com as publicações de Caplan (1974), Cassel (1974 e 1976), Cobb (1976), Vaux (1988, 1992), Barrón, (1996), Vaz Serra (1999) e Matos e Ferreira (2000), cujas contribuições foram decisivas para o desenvolvimento e conceitualização desse construto. Tais autores definem o suporte social de diferentes maneiras, embora com um argumento similar, foi possível a partir de tais estudos conhecer diferentes tipos de relações sociais (desde relações íntimas à integração social), incluindo o estudo das redes sociais nos seus aspectos estruturais e funcionais sobre os efeitos sobre a saúde e o bem-estar.

Em comum, esses estudos evidenciam que a noção de interação social é central para o apoio social e que o fato das pessoas se engajarem em relações que podem oferecer apoio a outras pessoas oferece resultados positivos (House, Landis & Umberson, 1988). Os estudos que investigaram as formas pelas quais as relações sociais podem apoiar a saúde física e mental observaram que as relações sociais podem moderar os efeitos do estresse sobre a saúde e o bem-estar das pessoas (Vangelisti, 2009).

Para Vangelisti (2009), as definições de apoio social, amplamente abordadas na literatura podem ser descritas em termos de três perspectivas. A primeira refere-se à perspectiva sociológica, que incide sobre o grau em que as pessoas estão integradas em um dado grupo social, geralmente avaliado pelo número e/ou ligação de relações sociais de uma pessoa. A segunda refere-se à perspectiva psicológica que enfatiza a percepção da disponibilidade de apoio. Aqueles que adotam esta perspectiva avaliam o tipo ou a quantidade de apoio que as pessoas percebem em suas redes sociais (apoio recebido) ou que acreditam

estar disponíveis para elas (apoio percebido). E a terceira perspectiva está relacionada ao caráter comunicacional das interações sociais, que avalia comportamentos verbais e não-verbais associados ao comportamento de ajuda ou apoio.

Existe uma variância de termos utilizados para se referir ao suporte ou apoio social, dentre eles, apoio instrumental, apoio emocional, *feedback*, aconselhamento, orientação, confiança, socialização, sentimento de pertença, informação etc. Esse estudo adota o termo apoio social, para caracterizar a dimensão social do ambiente residencial. Apresenta a seguir, algumas conceitualizações úteis para o escopo desse estudo. Cabe ressaltar que na década de 1970, iniciaram-se as publicações preocupadas teoricamente com as definições conceituais do termo (Williams, Barclay & Schmied, 2004). E que a partir da década de 1990, as pesquisas concentraram-se nas investigações sobre como e porque as relações sociais são centrais para o bem-estar emocional, psicológico e físico (Sarason, Sarason & Pierce, 1994; Burlison & MacGeorge, 2002; Goldsmith, 2004).

2.3.1 Abordagens para a investigação de apoio social e saúde

Lin (1986) define apoio social como as provisões instrumentais ou expressivas, reais ou percebidas, oferecidas pela comunidade, redes sociais e amigos íntimos. Esta definição explicita duas dimensões do apoio social, uma funcional e outra estrutural. As provisões instrumentais ou expressivas referem-se ao caráter funcional, fazendo alusão às principais tipologias de apoio social na literatura. Os aspectos reais ou percebidos destacam as dimensões objetivas e subjetivas. A dimensão estrutural refere-se às características quantitativas ou objetivas da rede de apoio social, como tamanho, densidade, dispersão geográfica e características dos contatos que ocorrem dentro dela como homogeneidade, reciprocidade ou multiplicidade de contatos (Riquelme, 1997).

A dimensão funcional está associada a três tipos de apoio social: emocional, instrumental e informacional (Barrón, 1996; Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981). O apoio emocional representa o sentimento de se sentir amado, de intimidade, de confiança e de segurança na relação com outra pessoa. O apoio instrumental refere-se à disponibilidade de receber ajuda direta, em tarefas domésticas, cuidar de um familiar, etc. E o apoio informacional consiste na provisão de conselhos ou orientações para auxiliar na resolução de problemas.

Para House, Landis e Umberson (1988), que investigaram as relações entre apoio social e saúde, consideram a quantidade, a estrutura e a função das relações sociais com os três principais aspectos do apoio social. Tais aspectos estão teórica e empiricamente interrelacionados. A presença ou a quantidade de relações é uma condição necessária para a estrutura da rede estrutura e para o conteúdo e função decorrentes destes relacionamentos. Da mesma forma, as características estruturais da rede, até certo ponto determina a qualidade e a função dos relacionamentos que existem dentro dela. As relações entre esses três aspectos é apresentada na Figura 1, evidenciando o papel do apoio social para a saúde e o bem-estar das pessoas.

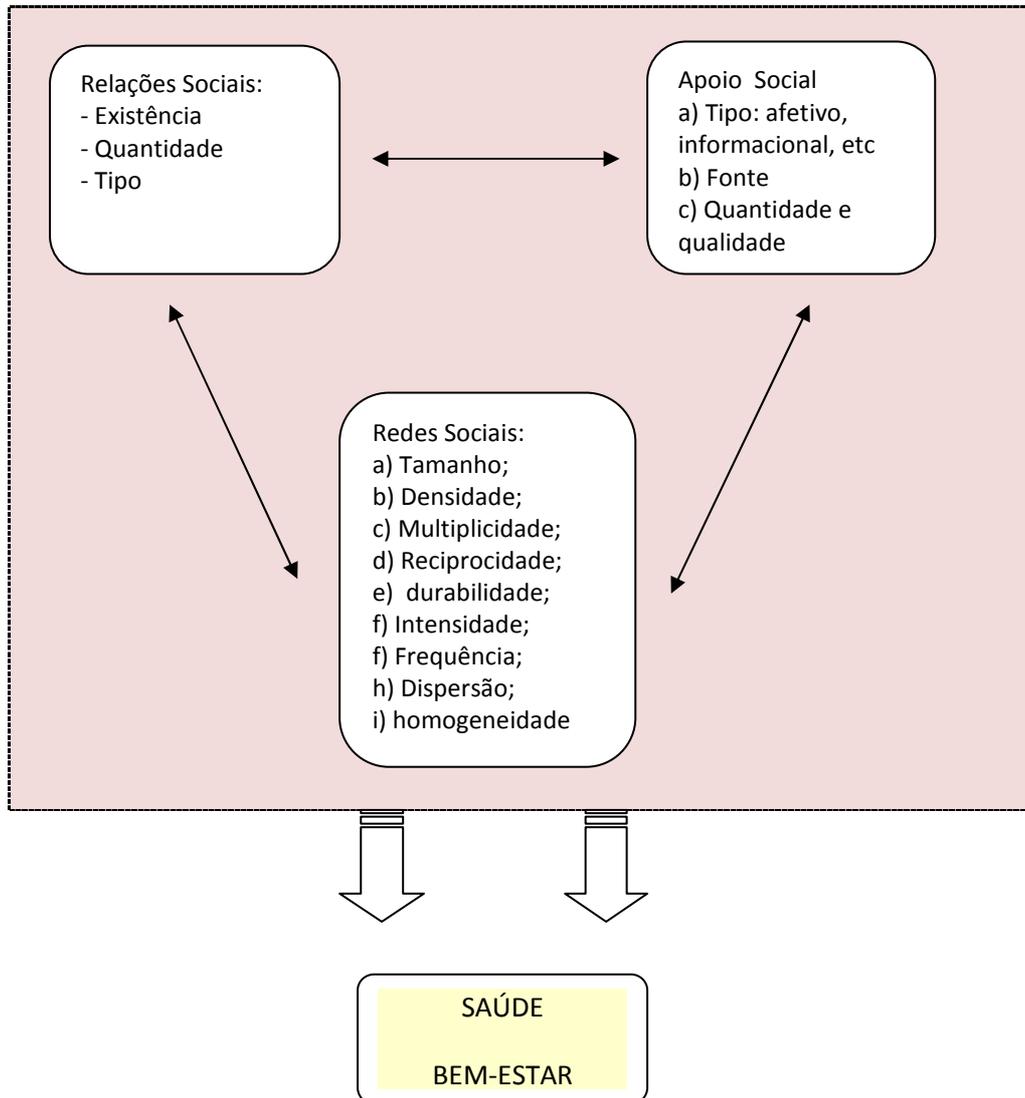
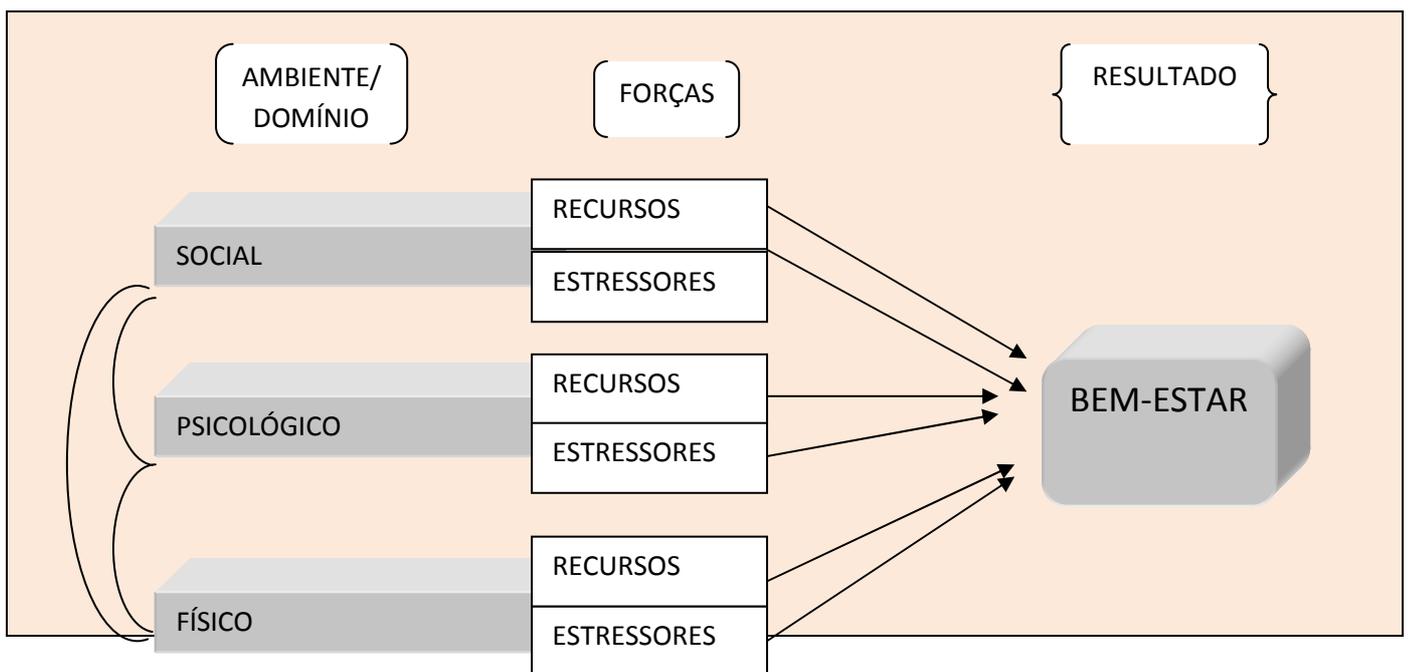


Figura 1. Quantidade, estrutura e função das redes sociais que influenciam a saúde e o bem-estar.

Outra forma útil de compreender o apoio social baseia-se nas possibilidades de análise desse construto. O apoio social pode ser analisado a partir de três níveis de análise: a) nível macro ou comunitário, que inclui o sentimento de pertencimento e integração a uma determinada rede social ou comunidade; b) nível médio, que compreende o apoio recebido como consequência das interações sociais que ocorrem nos variados ambientes dos quais a pessoa está inserida e está associado ao sentimento de vinculação às redes sociais e c) nível

micro ou das relações íntimas, no qual as interações que a pessoa estabelece com as pessoas mais próximas, como família e amigos estão associados ao sentimento de segurança (Gottlieb, 1981; Lin, Dean & Ensel, 1989).

Lin e Ensel (1989) propuseram um modelo que integrou os componentes fisiológicos, sociais e psicológicos do ambiente que influenciam significativamente a saúde (Figura 2). Cada um desses componentes é determinado pela presença de recursos e estressores que facilitam estratégias de adaptação e enfrentamento. Por exemplo, a doença representa um estressor físico, enquanto a presença de atividades físicas, alimentação adequada ou manutenção de hábitos saudáveis representam recursos para enfrentá-la. O sofrimento derivado de sintomas depressivos constitui um estressor psicológico, enquanto uma auto-estima elevada se situa dentro dos recursos psicológicos. Finalmente, o apoio social representa o mais importante recurso social para superar as adversidades que acompanham os eventos de vida estressante. E todos os componentes juntos exercem influência sobre o bem-estar pessoal.



Quadro 1. Dimensões do ambiente físico, psíquico e social que influenciam o bem-estar, adaptado de Lin & Ensel (1989)

Desta forma, esse modelo pretendeu superar outras formas parciais de se abordar os efeitos do apoio social. Este modelo permitiu estudar não somente os efeitos amortecedores do apoio social em condições de estresse elevado, mas analisar estes efeitos em interação com estressores e recursos de outros domínios. Este modelo parece útil porque oferece a possibilidade de abordar os efeitos do apoio social, separadamente ou em conjunto com outros elementos relevantes para explicar o bem-estar (Lin & Ensel, 1989). De uma forma geral, a partir do modelo multidimensional proposto por Lin & Ensel (1989), ensejou que pesquisadores operacionalizassem outros modelos para explicar o apoio social considerando o contexto de interesse de suas investigações e seus respectivos significados (Williams, Barclay & Schmied, 2004).

Portanto, estudos mostram que as relações sociais contribuem para a felicidade e o bem-estar das pessoas (Argyle & Martin, 2000; Diener & Seligman, 2000). Em muitos casos, as pessoas querem compartilhar suas experiências positivas com os outros, às vezes elas querem simplesmente companhia, ou querem rir e compartilhar momentos importantes, porém, em outras vezes, querem oferecer apoio ou receber incentivo, inspiração ou demonstrações de amor (Rook, 1992). Embora, muitos pesquisadores que estudam o apoio social queiram demonstrar a importância das relações sociais para o bem-estar das pessoas, existe também uma preocupação em apontar aspectos do apoio social capazes de aliviar ou prevenir o estresse (Aron, Norman, Aron, McKenna & Heyman, 2000)

A investigação do apoio social instrumental numa amostra com idosos teve um efeito benéfico para a saúde deles, em especial, em função da influência positiva em da interação com crianças da família (Ward, Sherman & LaGory, 1984). Já Connidis (1994) observou o quanto é importante para os idosos perceber que podem contar a apoio instrumental de seus irmãos. Em outro estudo, Krause e Clark (1994) evidenciaram que os filhos são os que proporcionam maior apoio social instrumental, enquanto os irmãos são os que oferecem maior

apoio social emocional. Chen e Silverstein (2000) em um levantamento com 3.039 chineses identificaram o efeito positivo do apoio social, em especial do suporte intergeracional para o bem-estar dos idosos.

Em condições econômicas favoráveis, o apoio social instrumental reduz a sobrecarga de tarefas, disponibilizando mais tempo para a participação em atividades de recreação e lazer (Wills, 1985). O grau de dependência física ou financeira do idoso influencia para que o apoio social tenha um impacto significativamente positivo para a qualidade de vida deles.

Thanakwang e Soonthorndhada, (2011) observaram que as relações familiares e as amizades foram preditores do envelhecimento saudável entre 469 idosos tailandeses. Kafetsios e Sideridis (2006) encontraram relações significativas entre suporte social e bem-estar em um estudo comparativo entre jovens e idosos, em especial para os participantes idosos. Assim, as relações sociais para as pessoas idosas assumem um papel fundamental para manutenção de sua saúde e bem-estar pessoal.

2.4 Envelhecimento e saúde

A investigação dos fatores determinantes para a saúde no envelhecimento tem aumentado nas últimas décadas em virtude da longevidade da população nacional e mundial (Veras, 2009). Em especial, nos países em desenvolvimento, marcados pelas desigualdades econômicas e sociais, a busca pela qualidade de vida, muitas vezes, mensurada pelo bem-estar das pessoas idosas emerge como um desafio, a partir do qual será possível avaliar os ganhos do aumento da expectativa de vida como uma valiosa conquista social. Em geral, se discute a condição ou estado de saúde da população idosa tomando como base a saúde física e a mortalidade desse grupo etário. Morgan e Kunkel (2007) propõem que o estado de saúde também deve ser medido pela capacidade para realizar as principais atividades da vida diária e pela saúde mental, considerando a percepção sobre a própria saúde

2.4.1 Saúde do idoso e envelhecimento ativo

A evidência do envelhecimento populacional expressa o desenvolvimento da humanidade e se apresenta como um desafio, tanto para a ciência e a sociedade como para o próprio indivíduo (Fernández-Ballesteros, 2005). O estado de saúde de uma pessoa mais velha é o resultado de muitos fatores, incluindo estilo de vida (como alimentação e exercícios), a hereditariedade, exposição a riscos ocupacionais e ambientais. A qualidade e a disponibilidade dos cuidados com saúde ao longo da vida também desempenham um papel importante para a saúde daqueles que envelhecem. Muitas dessas influências sobre a saúde individual, em geral, são socialmente moldadas ou construídas (Morgan & Kunkel, 2006).

No entanto, existe a necessidade de se observar a variabilidade entre a população idosa. O envelhecimento humano é um processo universal, progressivo e gradual. E representa uma experiência diversificada entre as pessoas, para a qual concorre uma multiplicidade de fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural (Neri, 1999). O grau de diversidade apresentado na condição de saúde desse grupo etário sugere que apenas a idade não representa um indicador muito forte para a ocorrência dos problemas de saúde (Giacomini, Uchoa, Firmo & Lima-Costa, 2005).

As variações no estado de saúde de idosos variam conforme cada cultura, tais variações evidenciam que apenas a idade não seja um indicador forte e significativo para a prevalência de doenças crônicas e incapacitantes nessa fase da vida (Zimmer, Natividad, Ofstedal & Lin, 2002). Não existe uma correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica. A variabilidade individual e os ritmos diferenciados de envelhecimento tendem a acentuar-se conforme as oportunidades e desafios ambientais presente sob certas condições sociais.

Múltiplos fatores estão associados ao envelhecimento considerado bem sucedido, como baixa probabilidade de doença e incapacidade, alta capacidade funcional física e cognitiva e engajamento ativo com a vida (Rowe & Kanh, 1997). Depp e Jeste (2006) identificaram que esses fatores estão associados à ausência de deficiências e a variáveis psicossociais, como prática de atividade física, mais contatos sociais, percepção de saúde elevada e baixa prescrição de medicamentos.

O declínio biológico não determina inevitavelmente doença e incapacidade, pois é possível controlar problemas de saúde comuns nessa etapa através de assistência adequada, possibilitando ao idoso conviver com eventuais limitações ou doenças, preservando uma perspectiva de vida pessoal e social. O envelhecimento normal caracteriza-se por perdas e alterações biológicas, psicológicas e sociais típicas do avanço da idade, mas sem patologias; o patológico corresponde à presença de síndromes típicas da velhice ou do agravamento de doenças preexistentes e o envelhecimento bem sucedido envolve a possibilidade de sustentar um padrão comparável ao de adultos mais jovens (Baltes & Baltes, 1990).

O estudo do envelhecimento introduz uma série de premissas importantes: existe um balanço entre ganhos (crescimento) e perdas (declínio); certas funções psicológicas entram em declínio com a idade e outras não; a variabilidade interindividual aumenta ao longo da vida; existe certa capacidade de reserva ao longo deste ciclo, o que permite de certo modo compensar o declínio; e por último, a variabilidade existente entre os idosos traduz-se em diferentes formas de envelhecimento, considerado normal, patológico ou bem sucedido (Baltes & Baltes, 1990).

Nesta definição, envelhecimento bem sucedido é mais que a ausência de doença e a manutenção da capacidade funcional, inclui também o engajamento ativo com a vida. As capacidades cognitivas e físicas são consideradas potenciais para atividade, pois dizem o que

uma pessoa pode fazer e não o que ela faz (Baltes e Baltes, 1990). A concepção proposta vai além do potencial e envolve a atividade, seja no plano das relações interpessoais, associadas a contatos e trocas com outras pessoas, intercâmbio de informação, suporte emocional e assistência direta, seja no âmbito de uma atividade produtiva, considerada de modo abrangente como aquela que cria valor societal, mesmo não reembolsada em termos econômicos (Rowe & Kahn, 1997).

Esse engajamento com vida pode se refletir num compromisso com a vida e pode se estender ao envolvimento com a continuidade e o bem-estar de futuras gerações. Erikson (1998) propôs o conceito de geratividade, que inclui procriatividade, produtividade e criatividade, que se manifestam na geração de novos seres, de novos produtos e de novas ideias, além de um processo de autodesenvolvimento relativo à elaboração da identidade de adulto maduro. Na meia-idade e na velhice a geratividade está associada a uma necessidade interna de garantir e manter a existência pela ótica da imortalidade simbólica, expressa no deixar um legado pessoal, ser útil e necessário, passar conhecimentos, experiências e sabedoria para a próxima geração.

Segundo Erikson (1998), a geratividade é um indicador de ajustamento na meia-idade e velhice e está relacionado ao cumprimento de tarefas evolutivas interna e culturalmente determinadas, ou seja, na medida em que o indivíduo cumpre estas tarefas ele é valorizado culturalmente e a pessoa acaba sendo apontada como ajustada, por que é capaz de realizar tais tarefas. O cumprimento destas tarefas é valorizado porque socialmente é esperado que os indivíduos assumam a responsabilidade pelas próximas gerações. As ações gerativas são expressas no exercício de papéis adultos, na família, no trabalho, na comunidade, nas instituições sociais e na sociedade de modo geral.

As variadas perspectivas de se compreender as diversas facetas que compõem a saúde, física ou mental, evidenciam a multiplicidade teórica e conceitual relativas ao processo de

envelhecimento e que possuem em comum a importância da adaptação e ajustamento a essa fase da vida. A prevenção e controle dos processos crônicos e patológicos são eixos fundamentais no processo de envelhecimento e se relacionam a outras dimensões do viver, que potencializam condições de satisfação das necessidades básicas e sentimentos de realização.

Nessa linha, emergem as reflexões sobre o envelhecimento saudável, como forma de reação à associação entre envelhecimento e inatividade. E um novo paradigma se apresenta que se utiliza de vários termos como: envelhecimento saudável, envelhecer bem, envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento ótimo, envelhecimento competente ou envelhecimento ativo.

No lastro desse novo paradigma emerge o conceito de envelhecimento ativo, adotado pela Organização Mundial de Saúde (2005). Assim, o envelhecimento ativo é definido como o processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a estimular a qualidade de vida, na medida em que as pessoas envelhecem (OMS, 2005). Tal conceito pretende ampliar o termo anterior adotado de “*envelhecimento saudável*”, uma vez que considera a participação do idoso como o engajamento continuado na vida, mesmo que eventualmente limitado ao espaço doméstico ou coexistente com algum nível de incapacidade. Portanto, não se refere exclusivamente à habilidade do idoso de se manter fisicamente ativo ou inserido na força de trabalho, admite-se a influência de um conjunto de determinantes que interagem continuamente para o envelhecimento ativo, por exemplo, os determinantes econômicos, comportamentais, pessoais, relacionados ao meio ambiente físico, social e de saúde (OMS, 2005).

A manutenção da saúde e autonomia na velhice, identificada como boa qualidade de vida física, mental e social, é o horizonte desejável para se preservar o potencial de realização e desenvolvimento nesta fase da vida. É também a perspectiva necessária para reduzir o

impacto social que cerca as questões extremamente complexas e delicadas relativas ao cuidado ao idoso dependente.

Na mesma linha de precursores do conceito, a Carta de Ottawa consagra o sentido de saúde como bem-estar amplamente definido, para o qual são pré-requisitos: alimento, abrigo, paz, renda, ecossistema estável, uso ininterrupto de recursos, justiça social e equidade. A visão ampliada dos recursos fundamentais à saúde e sua aproximação à temática da qualidade de vida fomentou uma concepção mais abrangente de intervenção em saúde, para além das clássicas ações assistenciais e preventivas de cunho individual.



Figura 2. Determinantes do envelhecimento ativo adaptado de OMS (2002).

2.4.2 Envelhecimento e saúde física: capacidade funcional

Outro importante indicador da condição de saúde da população idosa é o grau de limitação na capacidade dos idosos para realizar suas atividades da vida diária (Morgan e Kunkel (2006). O funcionamento efetivo no quotidiano é uma tarefa da idade avançada,

aspecto que promove a autonomia e a independência (Baltes & Lang, 1997). O conceito de capacidade funcional está relacionado com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos (Sousa & Figueiredo, 2003). Estas tarefas compreendem os cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que se vive e asseguram a possibilidade de se viver de forma auto-suficiente (Botelho, 2000; Fillenbaum, 1984). A capacidade funcional para o desempenho de tarefas do dia a dia comporta benefícios para a saúde física e mental, e é determinante para o bem-estar social (Fillenbaum, 1984).

O ideal seria o idoso viver a maior parte de sua idade avançada de forma autônoma. A capacidade funcional deverá então ser relacionada com fatores intrínsecos ao indivíduo, mas também extrínsecos, de natureza social, econômica e ambiental (Botelho, 2000). A manutenção da independência é vista como uma prioridade pelos serviços de saúde e pelos próprios idosos, sendo comum a associação entre independência e qualidade de vida, e fatores preditores de um envelhecimento bem sucedido (Sousa & Figueiredo, 2003).

Revela-se assim extremamente importante a avaliação funcional multidimensional da população idosa. Esta avaliação tem como objetivo identificar perturbações funcionais, físicas, mentais, sociais, econômicas e ambientais, assim como contribuir para a manutenção e/ou recuperação da tão importante capacidade funcional, conservando-a o máximo de tempo possível (Lawton, Moss, Fulcomer & Kleban, 1982; Bowling, 1997; Organização Mundial de Saúde, 2002). A avaliação da capacidade funcional pressupõe a avaliação quer da autonomia física quer da autonomia instrumental (Botelho, 2000).

Baltes e Lang (1997) estudaram o impacto dos recursos na funcionalidade e no envelhecimento bem sucedido, sendo o objetivo examinar o processo diferencial de envelhecimento, no que diz respeito à funcionalidade, entre idosos com diferentes níveis de recursos, tanto elevados como baixos. Os autores enquadraram os idosos em quatro grupos baseando-se em dois tipos de recursos: a cognição e a personalidade. Os resultados sugeriram

que os quatro grupos diferem: a) nos períodos de vigília; b) no tipo e na frequência das atividades realizadas – intelectuais (culturais e sociais) e relacionais; e c) no tempo de repouso (Baltes & Lang, 1997). Considerando as diferenças de idade, os efeitos são mais extensos no grupo com menos recursos.

A dependência funcional é consequência (geralmente) de uma deficiência e/ou incapacidade da atividade, constituindo uma desvantagem social da participação, que leva à necessidade de auxílio de terceiros para a execução de determinadas atividades (Botelho, 2000). O fato de um idoso depender e receber ajuda de terceiros para as suas atividades diárias poderá ter um forte impacto negativo, gerando sentimentos de impotência, vulnerabilidade e debilidade, podendo levar à diminuição de auto-estima e ao isolamento social (Verdugo & Gutiérrez-Bermejo, 1999). Para que o envelhecimento seja uma experiência bem sucedida, há que promover a autonomia e independência (Botelho, 2000).

De acordo com Charazac (2004), a dependência é uma relação que compromete o sujeito na totalidade do seu corpo e da sua mente. A transição para a dependência, através de regressão, faz reviver angústias antigas, apresentando-se a qualidade dos objetos internos, como um aspecto relevante para a tolerância dessa dependência. A relação de dependência pode ser vivida como uma ferida que cria uma perda narcísica ou como uma verdadeira satisfação, consolidando a segurança interna do sujeito.

2.5 Envelhecimento e saúde mental: bem-estar

O crescimento populacional associado à longevidade incentivou a produção de conhecimento sobre o processo de envelhecimento humano, em especial, aumentou o interesse em se conhecer os fatores de natureza múltipla relacionados à qualidade de vida dessa longevidade conquistada. Os componentes multidimensionais podem ser avaliados de

forma subjetiva por meio da auto-avaliação ou por meio de indicadores objetivos como a capacidade funcional, o bem-estar físico, emocional e social.

2.5.1 Bem-estar subjetivo

O bem-estar subjetivo (BES) é um termo genérico para descrever o nível de bem-estar que as pessoas experienciam de acordo com suas avaliações subjetiva de suas vidas. Tais avaliações podem ser positivas e negativas, incluem julgamentos e sentimentos sobre a satisfação com a vida, interesse e engajamento, reações afetivas como prazer e tristeza diante dos eventos da vida, satisfação com os relacionamentos, saúde e trabalho, propósito e significado de vida entre outros domínios considerados importantes. No entanto, apesar do bem-estar ser subjetivo e ocorrer através de manifestações de bem-estar, ele pode ser avaliado objetivamente por meio de comportamento verbal e não-verbal, ações, atenção, memória e mecanismos fisiológicos (Diener & Ryan, 1993).

Em geral, a investigação sobre BES concentram-se em medidas de autoavaliação, acerca dos afetos positivos e negativos e da satisfação com a vida e focalizam o momento atual experienciado cognitiva e emocionalmente. Embora, exista uma série de medidas propostas para a investigação do BES, as mais citadas são Cantril (1965), Self-Anchoring Striving Scale, Fordyce's (1977); Sixty-Second Happiness Measure (Watson, Clark & Tellegen's, 1988); PANAS e a Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Pavot & Diener, 1993; Pavot & Diener, 2008).

Uma série de variáveis pode afetar a avaliação do BES geral e a satisfação com a vida, como o humor e o ambiente no qual a pessoa está inserida (Diener & Pavot, 1993). O BES constitui um componente fundamental da qualidade de vida e sua investigação permite compreender aspectos que influenciam positivamente para a vida das pessoas.

Inicialmente as pesquisas sobre BES concentraram-se em descobrir suas causas e recentemente aumentou o interesse em investigar também as suas consequências, pois altos níveis de BES contribuem para um eficaz funcionamento. Várias pesquisas encontraram evidências, as quais apontam que elevados níveis de BES e satisfação com a vida melhoram significativamente a vida, em especial para quatro áreas: saúde e longevidade; trabalho e renda; relações sociais e benefícios sociais (Diener & Biswas-Diener, 2008; Lyubomirsky, King & Diener, 2005)

Altos níveis de BES estão associados a altos níveis de sociabilidade, considerando que esta correlação é bidirecional, pois pessoas que tem um grande número de familiares e amigos apresentaram melhores resultados em relação ao BES e aquelas que possuem elevados níveis de BES tendem a ter relacionamentos que apresentam grande suporte social. O estabelecimento de fortes vínculos afetivos como ocorre com o casamento, também está associado a melhores resultados no BES, quem possui um parceiro estável apresenta melhores índices que as pessoas que não possuem relacionamentos (Lucas, Clark, Georgellis & Diener, 2003).

Vários estudos apontam que pessoas com altos níveis de BES também apresentam melhores resultados em autoconfiança, cordialidade, capacidade de liderança e sociabilidade (Cunningham, 1988; Isen, 1987). Outros benefícios associados a elevados níveis de BES estão a renda e o trabalho. Lyubomirsky, King e Diener (2005) encontraram evidências que pessoas com altos níveis de BES conseguem ganhar mais dinheiro, e se sentem mais satisfeitas com o trabalho. Outros estudos também encontraram associações entre sucesso financeiro e na carreira e BES (Graham & Sukhtankar, 2004; Marks & Fleming, 1999). Staw, Sutton e Pelled (1994) observaram que pessoas com bons resultados em BES foram avaliadas como mais produtivas, mais criativas e mais disponíveis em ajudar seus colegas de trabalho.

Existe uma série de estudos que evidenciam que BES melhora a saúde e a longevidade. Em geral, pessoas que relatam elevado BES também relatam uma saúde melhor e menos doenças físicas (Roysamb et al., 2003). Danner, Snowdon e Friesen (2001) observaram que elevado BES foi preditor de longevidade entre freiras que vivam sob as mesmas condições ambientais. Pressman e Cohen (2007) obtiveram resultado semelhante analisando autobiografias de psicólogos.

Diener e Biswas-Diener (2008) apontam que pessoas com elevado BES apresentam um sistema imunológico mais forte, melhor saúde cardiovascular e se mostram mais engajados em estilos de vida mais saudáveis, adotando comportamentos protetores da saúde como usar cinto de segurança, passar protetor solar e evitando comportamentos danosos, como consumo de drogas e álcool.

Altos níveis de BES não trazem benefícios apenas no nível individual, mas contribuem para melhorar a sociedade como um todo. Inicialmente pode-se acreditar que pessoas em busca da felicidade e da satisfação são egoístas e estão envolvidas em atividades pensando exclusivamente no seu próprio ganho. Porém, pesquisas que descobriram que pessoas com BES elevado são mais altruístas, participam de atividades pró-sociais e voluntárias se comparadas a pessoas com BES reduzido (Tov & Diener, 2008, Thoits & Hewitt, 2001; Krueger, Hicks & McGue, 2001). Thoits e Hewitt (2001) relataram que as pessoas com elevado BES dispensam mais horas ao voluntariado. E pessoas que experienciam maior BES se mostram mais confiantes, cooperativas e com mais atitudes pacíficas (Tov & Diener, 2008; Diener & Tov, 2007). Portanto, elevado BES das pessoas de uma forma geral pode contribuir para uma sociedade mais estável, produtiva e com uma efetiva capacidade de funcionar bem.

Estudos dos efeitos que os componentes de apoio social têm sobre as pessoas idosas, especialmente sobre a saúde delas, cresceram significativamente nas últimas décadas. Não

supreende que uma das maiores queixas dessas pessoas está relacionada à solidão e isolamento social, daí, a importância das redes sociais nessa fase da vida. E nesse sentido, importa reconhecer a relevância que o lugar onde a pessoa envelhece assume estimulando ou não as relações sociais. À guisa de encerramento do capítulo teórico esta pesquisa apresenta seguinte pergunta: quais as contribuições dos estudos empíricos no estabelecimento da relação entre bem-estar, relações sociais e lugar na terceira idade? A resposta à pergunta será dada no tópico Discussão (capítulo 6).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Delineamento estratégico do estudo: os fatores em jogo

O presente estudo visou verificar a influência do ambiente residencial sobre a saúde física e mental do idoso, ou seja, o envelhecimento ativo – Envelhecimento Ativo = $f(\text{Ambiente Residencial})$. Por um lado, o envelhecimento ativo (EA) é caracterizado por saúde física e saúde mental do idoso, segundo a seguinte expressão:

$$EA = f(\text{saúde física, saúde mental}),$$

sendo ambas áreas definidas por uma série de fatores, conforme mostra a Figura 3.

Por outro lado, como o ambiente residencial envolve variações nos arranjos familiares, composição dos moradores, padrões de moradia, satisfação residencial e relações de bem-estar frente às características da moradia, o estudo propõe investigar esse ambiente residencial (AR) a partir de quatro níveis de análise: (1) aspectos físicos da casa (Fi), (2) aspectos psicológicos associados a esse espaço (P), (3) aspectos relativos às características familiares desse lugar (Fa) e (4) aspectos sociais associados às funções de suporte social percebidos em sua comunidade. Esses níveis de análise são representados pela equação

$$AR = f(Fi, P, Fa, C)$$

detalhada na Figura 3, que evidencia as características investigadas em cada um desses níveis de análise do ambiente residencial.

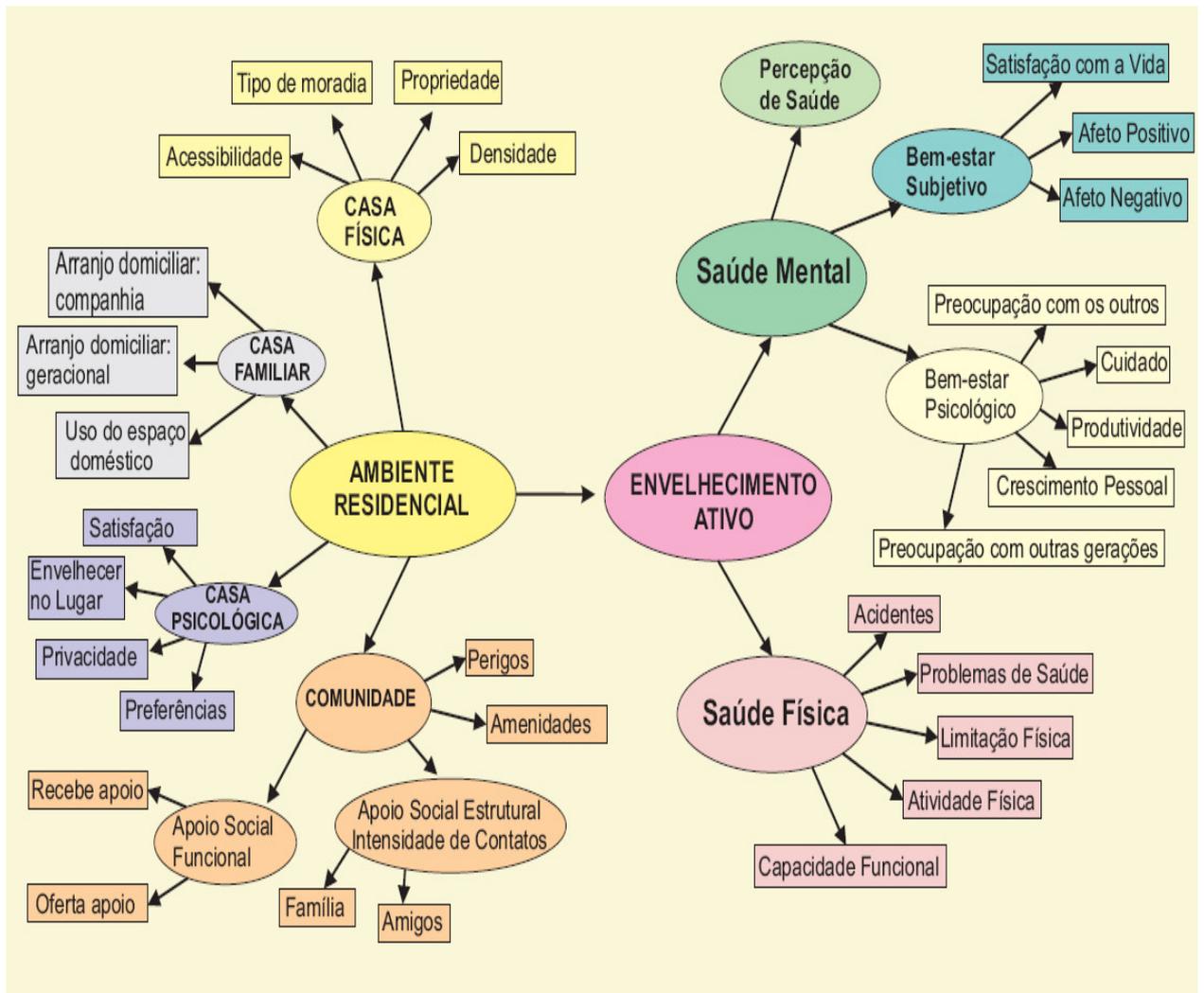


Figura 3. Modelo teórico proposto para a investigação da contribuição do ambiente residencial para o envelhecimento ativo.

3.2. Objetivos: geral e específicos

O modelo apresentado para a compreensão das relações entre o ambiente residencial e o envelhecimento ativo sugere algumas questões genéricas das pesquisas que investigam o impacto do ambiente residencial para o processo de envelhecimento humano: o que se deve medir e por que nos ambientes residenciais? Como as pessoas idosas e seus familiares utilizam o ambiente residencial, considerando o estado de saúde, doença, autonomia ou

dependência de seus respectivos moradores? E quais as relações entre ambiente residencial, bem-estar e independência que ocorrem durante o processo de envelhecimento?

Essas questões foram norteadoras para a construção dos objetivos desse estudo, que apresenta como **principal objetivo investigar as principais características do ambiente residencial que contribuem para o envelhecimento considerado ativo, avaliando a saúde física e mental dos idosos.**

Para alcançar esse objetivo, foram propostos dois estudos. O primeiro estudo concentrou-se em explorar as propriedades físicas do ambiente residencial, que consistiu num levantamento (*survey*) realizado com moradores, com foco na investigação das características físicas do ambiente residencial em relação a modificações ou adaptações ambientais realizadas ou pretendidas por tais moradores.

O segundo estudo utilizou entrevistas individuais, com administração de escalas, com foco na investigação das relações entre o ambiente residencial e a saúde física e mental de idosos residentes na comunidade e em lares geriátricos, adotando o modelo proposto (Figura 3) para investigação do ambiente residencial e do envelhecimento ativo. Este estudo propôs quatro questões de pesquisa:

- 1) Quais os aspectos físicos do ambiente residencial que afetam a saúde dos idosos?
- 2) Quais os aspectos psicológicos associados ao ambiente residencial que afetam a saúde dos idosos?
- 3) Quais os aspectos associados aos padrões de moradia, no que se refere ao arranjo familiar e utilização do espaço doméstico, que afetam a saúde dos idosos?
- 4) Quais os aspectos da comunidade e sociais, como o suporte social, que afetam a saúde dos idosos?

Os referidos estudos são apresentados nos próximos capítulos, no formato de artigos independentes, o que significa que alguns tópicos podem se repetir, uma vez que os objetos de investigação referem-se ao ambiente residencial e aos aspectos da saúde dos idosos.

As contribuições de cada um dos dois estudos são apresentadas no capítulo 6 – Discussão Geral, no qual se aponta as particularidades e características do ambiente onde os idosos vivem e os processos comportamentais associados ao envelhecimento ativo. Dessa forma, a investigação dos atributos físicos, psicológicos e sociais do ambiente residencial pretende contribuir para as teorias que estudam o envelhecimento humano e, em especial, salientar a relevância do ambiente sociofísico para o bem-estar, a independência, a autonomia dos idosos.

4. ESTUDO 1: UM LEVANTAMENTO SOBRE MOBILIDADE E CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DO AMBIENTE RESIDENCIAL.

Entende-se por pessoa com mobilidade reduzida (PMR) aquela com deficiência, idosa, obesa, gestante, entre outras características próprias, que apresente limitada capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo temporária ou permanentemente (NBR 9050/2004). A PMR enfrenta vários desafios: ao mesmo tempo em que precisa superar barreiras físicas e funcionais concretas relativas às questões arquitetônicas, depara-se também com barreiras sociais, como o preconceito ou a discriminação (Neri et al., 2003).

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) possui a única regulamentação sobre os parâmetros técnicos de acessibilidade no país. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos é a norma que visa proporcionar à maior quantidade possível de pessoas a utilização do ambiente, edificações, mobiliário e equipamentos urbanos de maneira autônoma e segura, independente de idade, estatura ou limitação de mobilidade ou percepção (ABNT NBR 9050/04).

Embora a ABNT NBR 9050/04 sinalize uma preocupação com o tema da acessibilidade no país, ela estabelece a obrigatoriedade apenas para edificações residenciais multifamiliares, condomínios e conjunto habitacionais em suas áreas comuns, deixando facultativa a sua aplicação em edificações unifamiliares, ou seja, nas casas ou ambientes residenciais. A acessibilidade implica em designs e projetos livres de barreiras arquitetônicas e baseados no desenho universal. A função do design universal não é criar produtos especiais. Ele apresenta a ideia de um projeto inclusivo, criando ambientes que possam ser utilizados por todas as pessoas de todas as idades (Cambiaghi, 2007). O desenho universal é a evolução de um conceito que garanta os direitos de pessoas com deficiência e sua aplicação no ambiente residencial é uma demonstração de respeito aos direitos de todos os humanos.

A compreensão e o respeito à diversidade humana precisa estimular soluções, para a construção de uma sociedade que contemple as demandas individuais, incluindo as de pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. Imbernón (2000) defende que o reconhecimento da diversidade representa um enriquecimento educativo e social. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, no mundo, existam cerca de 500 milhões de pessoas com deficiência, das quais 80% estão nos países em desenvolvimento, em cada país, aproximadamente 10% da população apresentaria algum tipo de deficiência (Neri et al., 2003; Teixeira & Oliveira, 2004).

No Brasil, resultados do Censo Demográfico de 2010 relataram que 45,6 milhões de pessoas declararam apresentar algum tipo de deficiência, o que representa aproximadamente 24,0% da população (IBGE, 2000). O envelhecimento populacional brasileiro também contribui para o aumento na proporção de deficientes com mais de 60 anos de idade, que passou de 3,7% em 1991 para 49,64% pessoas idosas com algum tipo de deficiência no ano de 2000 (Neri & Soares, 2004).

O retrato das deficiências no país adotou uma perspectiva inovadora ao considerar como pressuposto, que a deficiência é uma característica adquirida, considerando que toda pessoa é passível de adquirir algum tipo de deficiência ao longo da vida (Neri et al., 2003). Nesse sentido, deveria se pensar que uma pessoa se encontra temporariamente habilitada, pois quando criança, gestante, idosa ou com algum tipo de limitação – temporária ou permanente apresentaria sua mobilidade reduzida.

A acessibilidade vem despertando cada vez mais interesse em estudos sobre o impacto da mobilidade e das modificações ambientais para a independência e a qualidade de vida das pessoas. Um movimento iniciado em 1985, nos Estados Unidos, chamado de *visitabilidade*, propõe que cinco elementos básicos da acessibilidade estejam presentes nos projetos de construções de novas moradias, de modo a permitir o acesso de PMR, em especial das

peças cadeirantes (Nishita, Liebig, Pynoos, Perelman & Spegal, 2007). Estes elementos são: (a) nenhum degrau na entrada de casa, ou seja, existe a possibilidade de se acessar a moradia sem a necessidade de se utilizar degraus; (b) portas com larguras suficientes para o acesso de uma cadeira de rodas; (c) espaços e rotas acessíveis que permitam o deslocamento dentro da moradia, (d) portas com larguras acessíveis também no interior da moradia e (e) pelo menos a presença de um banheiro no andar térreo.

A acessibilidade é fundamental para a mobilidade entre pessoas com limitações físicas, bem como para o envelhecimento ativo, pois interfere significativamente na saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas (Webber, Porter & Menec, 2010). O idoso muito dependente, por conta de sua fragilidade acaba sendo transferido para instituições, uma vez que não consegue permanecer em sua própria moradia por causa de sua condição de saúde (Bekhet, Zauszniewski & Nakhla, 2009).

Existe uma preferência em se envelhecer em sua própria moradia, pois além de possuir um espaço físico, a casa também é carregada de sentidos simbólicos e emocionais (Gilleard, Hyde & Higgs, 2007). Adaptações e modificações ambientais realizadas nos espaços físicos da moradia podem reduzir a ocorrência de acidentes e quedas na moradia, contribuindo para a segurança de seus moradores e favorecendo a mobilidade. Pynoos e Nishita (2003) relatam que tais modificações ambientais evidenciam a efetividade dessas alterações em benefícios da vida e da saúde das pessoas idosas. Tais modificações reduzem acidentes, facilitam o cuidado de pessoas com deficiências, promovem o conforto, estimulam um envolvimento social, tornam as atividades de vida diária mais fáceis e auxiliam na prevenção de quedas (Cumming et al, 1999; Bridge & Phibbs, 2003).

O objetivo geral deste estudo foi investigar a presença de características ambientais associadas à mobilidade no ambiente residencial e a importância atribuída pelos moradores às características de mobilidade e segurança desse ambiente. Foram propostos como objetivos

específicos: (a) identificar as características sociodemográficas do morador (idade, gênero, renda mensal, escolaridade, responsável pelo ambiente residencial e tempo de ocupação); (b) listar a presença de elementos do desenho universal no ambiente residencial atual. Portanto, esta pesquisa pretendeu identificar a presença e a relevância de características ambientais no contexto residencial que permitam a utilização dos espaços de maneira independente e segura, garantindo mobilidade de pessoas com mobilidade reduzida.

4.1. Método

4.1.1. Participantes

Fizeram parte desse estudo, 140 participantes de uma amostra de conveniência (66,4% do sexo feminino), a idade variou entre 18 e 80 anos ($X = 33,7$ e $DP = 14,35$), a maioria (66,4%) com renda mensal superior a R\$4.806,00, possui alta escolaridade (40,7% (N=57) possui graduação e 45,0% (n=63) possui pós-graduação). A maioria (55%) mora em apartamentos (40,0% com elevador e 15,0% sem elevador) e 45% informou residir em casa. A maioria (67,1%) informou possuir casa própria (55,7% quitada e 11,4% com algum tipo de financiamento). Dos 56,4% que relataram ser o responsável legal pelo domicílio, ou seja, a pessoa de referência da casa, 52,1% admitiram que dividem também as despesas (responsabilidades) com outro morador. Poucos moradores informaram a presença de pessoas com mobilidade reduzida: 23,6% indicaram morar pelo menos uma criança no domicílio; 17,9% admitiram pelo menos um idoso e 2,1% informaram que tem morador portador de deficiência. O tempo de ocupação da moradia variou de um ano até 43 anos (média de 9,1 e $DP = 9,6$). Quanto a preferência em permanecer no ambiente residencial, apenas 33,8% admitiu a possibilidade de mudança de moradia em função de alguma necessidade, pois a maioria não possui qualquer intenção de mudar de endereço.

4.1.2 Instrumentos

Utilizou-se um questionário em versão impressa e também disponibilizado em formulário eletrônico com itens que identificavam a presença de algumas características do ambiente associadas à acessibilidade e outros itens que avaliavam a importância atribuída à presença de cada uma dessas características na própria moradia (ver Tabela 01). Outros itens identificaram pessoas com mobilidade reduzida no domicílio (número de criança, idosos e/ou com necessidades especiais), o tempo de ocupação da moradia, o tipo de edificação, a responsabilidade pelo domicílio, características de propriedade e dados sociodemográficos (idade, renda mensal, sexo e escolaridade) dos respondentes.

4.1.3 Procedimentos

O questionário ficou disponível *online* no período de 17 de dezembro de 2010 a 16 de janeiro de 2011, com 114 formulários eletronicamente respondidos. E para garantir a presença de respondentes com idade superior a 50 anos, outros 36 questionários foram aplicados pessoal e individualmente com pessoas acima dessa faixa etária.

4.1.4 Resultados

Preliminarmente, é preciso atentar ao fato de que o presente estudo visou focalizar o idoso e dado que a variável idade se apresentou com uma amplitude muito grande, incluindo, inclusive, adolescentes, ela foi dividida em três segmentos e, em seguida foi realizada uma ANOVA para identificar se a idade afetava diferencialmente a mobilidade e a segurança do ambiente residencial. Posteriormente, foram efetuadas regressões múltiplas para investigar a influência das variáveis sociodemográficas.

A tabela 01 apresenta a frequência das características ambientais presentes em cada domicílio e a importância atribuída a cada um desses elementos em uma escala de quatro

pontos (0 = nada importante a 3 = muito importante). Como a idade (veja Tabela 3) não afetou a importância tanto da visitabilidade quanto da segurança do ambiente residencial, a Tabela 1 evidencia a situação também para o idoso.

Tabela 1. Características ambientais presentes e consideradas importantes na moradia associadas à acessibilidade no ambiente residencial (N = 140)

Itens	Presença de características ambientais				Importância atribuída à presença das características ambientais		
	Sim	Não	Não souberam informar	Ordem	Média	DP	Interpr*
VISITABILIDADE/ MOBILIDADE					2,58	1,34	
Quarto e banheiro no andar térreo	123	16	1	1	2,97	1,18	I
Acesso à moradia sem utilização de escadas	92	47	1	3	2,79	1,27	I
Porta principal do domicílio acessível	73	48	19	6	2,89	1,15	I
Porta do banheiro acessível	29	88	23	7	2,83	1,13	I
Pia do banheiro acessível	25	110	5	8	2,27	1,08	PI
Torneira Acessível	19	119	2	9	2,39	1,16	PI
SEGURANÇA					2,69	1,17	
Ausência de tapetes	100	40	0	2	1,53	0,81	NI
Presença de ducha flexível / ajustável no Box	100	40	0	2	1,75	1,12	NI/PI
Presença de corrimãos nos corredores e/ou escadas	81	46	13	4	2,91	1,17	I
Acessibilidade no box / condição tomar banho sentado	77	61	2	5	2,77	1,15	I
Barra de apoio presentes no box	12	128	0	10	2,50	1,16	PI/I
Barra de apoio próximas ao vaso sanitário	7	133	0	11	2,40	1,17	PI

*1,00 a 1,75: nada importante (NI) /
 1,75 a 2,50: pouco importante (PI) /
 2,50 a 3,25: importante (I) /
 3,25 a 4,00: muito importante (MI)

A presença de pelo menos um quarto e banheiro no andar térreo (N = 123), a possibilidade de entrar no ambiente residencial sem a utilização de escadas (N = 92) e a porta principal larga o suficiente para a passagem de uma cadeira de rodas (N = 73) foram as três principais características ambientais encontradas no ambiente relacionadas à mobilidade, em

especial, que caracterizam a visitabilidade da moradia. Quanto à segurança do ambiente, a ausência de tapetes (N = 100), presença de ducha flexível ou ajustável no box do banheiro (N = 100), a presença de corrimãos (N = 81) e espaço suficiente no box para se tomar banho sentado (N = 77), foram as principais características ambientais observadas nesse estudo. Observam-se também poucas moradias com barras de apoio no banheiro.

Considerando a importância atribuída pelo morador para cada característica do ambiente, seis itens foram julgados como importantes: I) a presença de pelo menos um quarto e banheiro no andar térreo quando o imóvel é uma casa ou no mesmo andar quando o tipo de moradia for apartamento, com uma média de 2,97 (DP = 1,18); II) a presença de corrimãos nos corredores e/ou nas escadas (média de 2,91 e DP = 1,17); III) o acesso de cadeira de rodas à moradia pela porta principal (média de 2,89 e DP = 1,15); (IV) o acesso ao banheiro numa cadeira de roda (média de 2,83 e DP = 1,13) e (V) espaço suficiente para uma cadeira de rodas dentro do box ou tomar banho sentado (média 2,77 e DP = 1,15), se necessário e (VI) conseguir entrar na moradia sem utiliza escadas (média 2,79 e DP = 1,27). Outras características foram avaliadas como pouco importantes: a presença de ducha flexível / ajustável no box (média= 1,75 e DP = 1,12); a presença de barras de apoio no box (média= 2,50 e DP = 1,16) e próximas ao vaso sanitário (média= 2,40 e DP = 1,17) e ainda, se tanto a torneira (média= 2,39 e DP = 1,16) quanto a pia (média= 2,27 e DP = 1,08) são acessíveis a pessoas com mobilidade reduzida.

Dado que a idade constitui um fator fundamental no estudo, ela foi analisada mais detalhadamente. Primeiramente, a idade foi dividida em três segmentos (18 a 30 anos, 31 a 50 anos e mais do que 50) e analisada por meio de uma ANOVA. Os resultados constam das tabelas 2 e 3.

Tabela 2. Médias para a presença e a importância de características ambientais associadas à visitabilidade e à segurança por idade

Idade	N	Visitabilidade				Segurança			
		Presença		Importância		Presença		Importância	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
18 – 30 anos	72	2,38	1,27	2,79	0,85	2,61	1,17	2,47	0,81
31 – 50 anos	48	2,54	1,29	2,73	1,00	2,46	1,03	2,41	0,88
51 – 80 anos	20	3,40	1,34	2,82	0,94	3,56	1,19	2,65	0,68

A ANOVA (Tabela 3) mostra que a idade não afetou a importância atribuída tanto à visitabilidade quanto à segurança do ambiente residencial. Ela, contudo, afeta a presença dos fatores de visitabilidade e de segurança, salientando serem eles mais presentes no caso dos mais idosos. Isso parece evidenciar que a idade seja significativa para uma ocorrência maior entre as pessoas mais velhas de características do ambiente residencial associadas a mobilidade e à segurança, ao passo que em todas as idades essas características sejam consideradas importantes.

Tabela 3. Anova da idade para presença e importância da visitabilidade e da segurança

	Fonte de Variação	Presença				Importância			
		gl	Média quadrática	F	p	gl	Média quadrática	F	p
VISITABILIDADE	Idade	2	8,27	4,89	0,009	2	0,08	0,98	0,907
	Resíduo	137	1,69			136	0,84		
	Total	139				138			
SEGURANÇA	Idade	2	8,90	7,01	0,001	2	0,39	0,58	0,560
	Resíduo	137	1,27			136	0,67		
	Total	139				138			

Para verificar a influência de todas as variáveis sociodemográficas, inclusive da idade (como variável contínua), foram realizadas análises de regressão múltipla univariada para as quatro variáveis de interesse: presença de fatores de visitabilidade, importância dos fatores de visitabilidade, presença de fatores de segurança e importância dos fatores de segurança.

Tabela 4. Regressão linear múltipla para a presença de características ambientais associadas à visitabilidade e à segurança a partir de variáveis sociodemográficas

Modelo	Coeficientes brutos		Coeficientes padronizados		Sig. (p)
	B	DP	Beta	T	
(Constante)	3,975	1,067		3,724	0,000
Tipo de Moradia	-0,276	0,232	-0,103	-1,190	0,236
Propriedade	-0,893	0,263	-0,315	-3,399	0,001
Idade	0,019	0,010	0,208	1,974	0,050
Escolaridade	-0,222	0,161	-0,121	-1,382	0,169
Sexo	0,393	0,256	0,139	1,538	0,126
Responsabilidade pela moradia	-0,338	0,285	-0,126	-1,186	0,238
Mais de um responsável pela moradia	0,068	0,217	0,026	0,313	0,755
Tempo Moradia	-0,016	0,014	-0,116	-1,180	0,240
Renda Mensal	0,111	0,197	0,048	0,564	0,574
R = 0,42; R ² = 0,18					
(Constante)	0,918	0,934		0,983	0,327
Tipo de Moradia	0,291	0,203	0,124	1,435	0,154
Propriedade	-0,277	0,230	-0,111	-1,202	0,231
Idade	0,018	0,009	0,215	2,050	0,042
Escolaridade	-0,228	0,141	-,141	-1,620	0,108
Sexo	-0,130	0,224	-0,052	-0,579	0,564
Responsabilidade pela moradia	-0,060	0,249	-0,025	-0,239	0,811
Mais de um responsável pela moradia	-0,027	0,190	-0,011	-0,139	0,889
Tempo Moradia	-0,016	0,012	-0,134	-1,369	0,173
Renda Mensal	0,584	0,172	0,289	3,397	0,001
R = 0,43; R ² = 0,19					

O conjunto das variáveis sociodemográficas explica 18% da presença de características ambientais associadas à visitabilidade da moradia, cuja propriedade da

moradia, especialmente, os ambientes residenciais alugados e o avanço na idade dos moradores são significativos para a predição de maiores frequências de características ambientais associadas à visitabilidade do ambiente residencial. Já o aumento da renda mensal define-se como fortemente significativo para a ocorrência de adaptações no ambiente, assim como o avanço da idade também contribui para uma maior ocorrência de características ambientais associadas à segurança do ambiente residencial. Esse conjunto de variáveis é capaz de explicar 19% da presença de tais características.

Tabela 5. Regressão linear múltipla para a importância de características ambientais presentes na moradia associadas à visitabilidade e à segurança a partir de variáveis sociodemográficas

	Modelo	Coeficientes brutos		Coeficientes padronizados	T	Sig. (p)
		B	DP	Beta		
VISITABILIDADE	(Constante)	1,998	0,749		2,666	0,009
	Tipo de Moradia	0,207	0,163	0,117	1,270	0,206
	Propriedade	0,215	0,185	0,115	1,165	0,246
	Idade	0,001	0,007	0,011	0,101	0,920
	Escolaridade	-0,070	0,113	-0,058	-0,621	0,536
	Sexo	-0,319	0,180	-0,172	-1,775	0,078
	Responsabilidade pela moradia	-0,075	0,200	-0,042	-0,374	0,709
	Mais de um responsável pela moradia	0,214	0,152	0,122	1,400	0,164
	Tempo Moradia	0,016	0,010	0,179	1,704	0,091
	Renda Mensal	-0,008	0,138	-0,005	-0,057	0,954
	R = 0,26; R ² = 0,07					
SEGURANÇA	(Constante)	2,068	0,680		3,042	0,003
	Tipo de Moradia	0,226	0,148	0,138	1,527	0,129
	Propriedade	0,125	0,167	0,072	0,748	0,456
	Idade	0,007	0,006	0,126	1,153	0,251
	Escolaridade	-0,083	0,102	-0,074	-0,812	0,418
	Sexo	-0,337	0,163	-0,195	-2,069	0,041
	Responsabilidade pela moradia	-0,133	0,181	-0,081	-0,736	0,463
	Mais de um responsável pela moradia	0,259	0,138	0,159	1,874	0,063
	Tempo Moradia	0,018	0,009	0,207	2,028	0,045
	Renda Mensal	-0,122	0,125	-0,087	-0,978	0,330
	R = 0,34; R ² = 0,12					

As variáveis analisadas nesse modelo apresentam baixo poder de explicação (R² = 0,07) para a valorização de características ambientais relativas à mobilidade do espaço físico

dos ambientes residenciais. As mulheres e aqueles que estão a mais tempo na moradia foram as características ambientais que se destacaram em relação à importância da mobilidade no ambiente residencial, apresentando uma tendência na significância dessas variáveis. Observa-se que o sexo dos moradores, em particular para os homens, como o tempo de ocupação da moradia e aquelas casas em que há mais de uma pessoa referência (ou moradores que dividem a responsabilidade pela moradia) no ambiente residencial são significativos na atribuição da importância dada pelos moradores para a segurança do ambiente residencial. Esse conjunto de variáveis é capaz de explicar 12% da importância atribuída a segurança do espaço físico.

4.1.5 *Discussão*

As principais características ambientais associadas à acessibilidade observadas nesse estudo referem-se à presença de pelo um quarto e um banheiro no andar térreo do ambiente residencial e ao acesso à moradia sem a presença de barreiras arquitetônicas, ou seja, existe acesso livre de degraus a casa. Para Gunn (1998), o principal desafio para o planejamento de moradias, considerando uma sociedade que envelhece, refere-se à importância de se implantar planejamentos urbanos que considerem as fragilidades ou deficiências e que estimulem a independência, a competência e auto-estima dos moradores. Muitos estudos já vêm se dedicando à investigação das características ambientais que podem oferecer suporte e apoio às fragilidades decorrentes do processo de envelhecimento (Lawton, 1982), que promovam a segurança no ambiente residencial (Pynoos, Cohen, Davis & Bernhardt, 1987) e que reforcem a saúde mental e a independência (Pynoos e Regnier, 1991). A independência da pessoa com mobilidade reduzida contribui para uma melhor qualidade de vida, afetando também o bem-estar psicológico de pessoas idosas (Lawton, 1982).

As principais características ambientais associadas à acessibilidade do ambiente apontadas pelos moradores se referem à presença de pelo menos um quarto e banheiro no

andar térreo ou mesmo andar, no caso de apartamento; ao acesso à moradia sem a utilização de degraus e à preocupação com a largura das portas principal e banheiros, sendo suficientes para o acesso de uma cadeira de rodas. Esses resultados corroboram os achados de uma pesquisa realizada por Nunn, Sweaney, Cude, e Hathcote, (2009), que investigaram a receptividade de consumidores frente às características de acessibilidade no ambiente residencial. Estes autores também observaram que a principal característica de acessibilidade relatada por moradores adultos e idosos foi a presença de pelo menos um quarto e banheiro no andar térreo (66% entre os moradores com menos de 60 anos e 79% entre os moradores idosos) e tanto os moradores adultos quanto os idosos (47%) relataram que as portas dentro de casa permitiam a passagem de cadeiras de rodas.

A importância atribuída a essas características evidenciam o interesse que os moradores salientam quanto à acessibilidade de seu ambiente residencial, corroborando Nishita et al. (2007) na promoção da mobilidade de pessoas com mobilidade reduzida, em especial, com a visitabilidade do ambiente residencial. Por outro lado, poucos moradores relataram a presença de barras de apoio em seus banheiros (box e vaso sanitário). Esse aspecto evidencia que o banheiro pode representar um espaço perigoso, pois oferece pouca segurança para as pessoas com mobilidade reduzida, especialmente para os idosos. Um terço das quedas entre idosos ocorrem em sua própria moradia, a maioria delas em função de vias de acesso obstruídas, tapetes soltos e falta de barras de apoio e corrimãos em escadas e corredores (Gitlin, Mann, Tomit, & Marcus, 2001; Lord, Menz & Sherrington, 2006).

Nesse sentido, as modificações ambientais realizadas na moradia a fim de torná-la acessível e segura para os seus moradores são fundamentais para a promoção da autonomia e independência das pessoas com mobilidade reduzida (Wahl, Fänge, Oswald, Gitlin & Iwarsson, 2009). Gitlin, Miller, Boyce e Hauck, (2001) propõe que intervenções feitas no banheiro, como colocação de barras de apoio, substituição de torneiras, colocação de bancos

fixos no box para permitir banhos sentados e de duchas ajustáveis e flexíveis proporcionam bons resultados quanto a capacidade funcional dos idosos.

O avanço da idade e a renda mensal mais elevada foram dois aspectos que influenciaram na presença e na importância de características ambientais relacionadas à mobilidade no ambiente residencial nesse estudo. Moradores com uma renda maior podem destinar parte do orçamento familiar em reformas e modificações ambientais, contribuindo para que permaneçam mais tempo em suas próprias moradias.

Os modelos ambientais do envelhecimento salientam a importância da adequação do ambiente para compensar as perdas cognitivas e comportamentais decorrentes do processo de envelhecimento (Lawton & Nahemow, 1973; Moos & Lemke, 1984). Iwarsson e Isacson (1998) salientam que as modificações ambientais reduzem a institucionalização do idoso, promovendo a integração e inclusão social, reduzindo a ocorrência de quadros depressivos, muitas vezes, decorrentes de uma transferência ou realocação do lugar onde o idoso vive.

Guimarães (1999) afirma que para alcançar a acessibilidade, elementos importantes como a provisão de alternativas para uso pleno do ambiente construído, a adequação e a adaptabilidade da estrutura e os estímulos à percepção intuitiva devem ser considerados nos desenhos dos ambientes. A moradia é um direito humano básico. É amplamente reconhecido que o projeto da moradia e o ambiente físico apresentam efeitos significativos sobre as pessoas com mobilidade reduzida e sobre suas comunidades, principalmente na possibilidade de participação e inclusão social. O custo, a localização, o tipo, a propriedade e a adequação da moradia possuem impacto crítico sobre as possibilidades e habilidades de participação em sua comunidade.

A mobilidade dessas pessoas afeta significativamente suas possibilidades de atuação na sociedade e manutenção de sua independência e autonomia até a idade mais avançada. Assim,

a moradia desempenha um papel fundamental na determinação do número de atividades que uma pessoa pode concluir de forma independente.

O ambiente residencial contribui diretamente para a inclusão social e participação na comunidade. Por outro lado, a presença de barreiras arquitetônicas facilita o isolamento das pessoas que apresentam fragilidades físicas, dificultando o acesso a relacionamentos, experiências sociais e envolvimento em sua comunidade.

A adaptação do ambiente para torná-lo acessível às pessoas com mobilidade reduzida pode tornar a moradia mais segura, confortável, adaptável e flexível em sua ocupação e utilização do espaço. A adoção do desenho universal contribui para que ambientes sejam usados por todas as pessoas, independente da idade, fragilidade e/ou deficiências. A ideia é de um ambiente para todos e por toda a vida. Estudos sobre acessibilidade podem auxiliar políticas públicas sociais que promovam a mobilidade e a inclusão social. A avaliação de ambientes residenciais identifica as necessidades habitacionais específicas da família brasileira, bem como, contribui para o desenvolvimento de programas habitacionais que incluam em seus projetos, características da acessibilidade (no mínimo dos elementos de visitabilidade) e do desenho universal.

5 ESTUDO 2: UM ESTUDO ENTRE AS RELAÇÕES DE BEM-ESTAR, RELAÇÕES SOCIAIS, AMBIENTE RESIDENCIAL E ENVELHECIMENTO ATIVO.

O ambiente residencial representa o lugar mais importante onde ocorre o envelhecimento humano, segundo Oswald e Wahl (2004). Tais autores evidenciam a falta de estudos que investiguem as relações entre as características objetivas (aquelas físicas do espaço) e as características subjetivas (aquelas percebidas do lugar) e seus respectivos impactos para a qualidade de vida das pessoas idosas. Com o avanço da idade e o declínio da capacidade funcional, o ambiente residencial se torna o lugar onde o idoso passa a maior parte de seu tempo e onde desempenha suas atividades de vida diária (Baltes, Maas, Wilms, Borchelt & Little, 1999), criando significados para o seu próprio envelhecimento (Rubinstein & De Medeiros, 2004; Sixsmith, 1986; Sixsmith & Sixsmith, 1991).

Lawton (1977) foi um dos pioneiros a estudar as relações entre ambiente e envelhecimento, propondo um modelo teórico conhecido como modelo ecológico do envelhecimento, que investiga os aspectos que predizem a adaptação ambiental dos idosos. Tais aspectos envolvem as competências pessoais - caracterizadas pela capacidade de funcionar nas áreas biológicas, sensação-percepção, comportamento motor e cognição, e pela pressão exercida pelo meio – caracterizada em termos de exigências que faz das capacidades físicas e sociais dos indivíduos, quer do ponto de vista real, quer do ponto de vista subjetivo (Lawton, 1982). O conceito central da teoria é o nível de adaptação, mediado entre a competência do indivíduo e a pressão exercida pelo ambiente sobre ele (Schwarz, 2003).

Inicialmente esse modelo apresentou a hipótese da docilidade ambiental, a qual supõe que quanto menor for o nível de competência pessoal, mais os fatores do ambiente influenciam o comportamento, assim, a pessoa mais competente suporta uma pressão maior

do meio. Posteriormente, Lawton (1989) acrescentou a noção de pró-atividade a esse modelo, salientando uma perspectiva mais ativa da pessoa, cujas necessidades e preferências levam as pessoas a procurar o ambiente que possa satisfazer tais necessidades. Assim, a ideia central refere-se à possibilidade de que as pessoas idosas, apesar das perdas biológicas e comportamentais inerentes ao processo de envelhecimento, mantenham a capacidade de engajamento satisfatório com os ambientes físico e social.

Lawton (1985) postulou que o ambiente sócio-físico apresenta três funções básicas: manutenção, estimulação e apoio. A função de manutenção diz respeito à constância e à previsibilidade do ambiente em termos de satisfação das necessidades pessoais e de apego ao lugar. A segunda função se refere à existência de estimulação do ambiente e seus efeitos para as atividades diárias, para as atividades sociais e de lazer. A função de apoio pode ser vista no potencial do ambiente para compensar competências reduzidas ou perdidas, ou seja, o ambiente adquire um papel de suporte para as perdas típicas do envelhecimento.

As funções do ambiente exercem pressão sobre o comportamento humano e reforçam a ideia de uma relação recíproca entre a pessoa e o seu meio. Lewin (1951) é considerado um dos pioneiros na explicação do comportamento humano (C) como resultado da interação entre a pessoa (P) e o ambiente (A), propondo a conhecida equação $C = f(P, A)$ em psicologia social, evidenciando que o comportamento é produto de um campo de determinantes interdependentes. Lawton (1982) expandiu o modelo proposto por Kurt Lewin, acrescentando a variável de interação da pessoa com seu ambiente (Px E) à equação $C = f(P, M, PxA)$. Porém, para a investigação da interação entre o ambiente e a pessoa (Px A), Lawton (1991) considerou quatro domínios distintos e interligados: competência comportamental, condições ambientais, bem-estar psicológico e qualidade de vida percebida.

A competência comportamental refere-se ao desempenho do indivíduo em seu dia a dia. As condições ambientais referem-se aos aspectos físicos do ambiente e estão diretamente

relacionadas às competências comportamentais, pois facilitam ou dificultam o desempenho das atividades do cotidiano. O bem-estar psicológico refere-se à avaliação subjetiva dos componentes afetivos relacionados aos valores positivos e negativos atribuídos à vida. E a qualidade de vida percebida refere-se à avaliação subjetiva que cada um faz de sua competência comportamental, a partir de seus próprios valores e incluem medidas como senso de auto-eficácia, percepção de saúde e de alterações cognitivas, por exemplo (Lawton, 1991).

Portanto, com o propósito de compreender as contribuições do ambiente residencial para a saúde física e mental de pessoas idosas, esse estudo pretende investigar as relações entre as dimensões (física, psicológica, familiar e comunidade) do ambiente residencial que contribuem para o envelhecimento ativo de idosos brasileiros.

5.1 Método

5.1.1 *Participantes*

Utilizou-se uma amostra de conveniência de 50 idosos, (38 mulheres; 65,4%) com idades entre 60 a 99 anos, média de 73,67 anos (DP = 9,55), residentes no Distrito Federal, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Santa Catarina. Com relação à situação conjugal atual, 46,2% são casados e 53,85% encontram-se sem parceiros (36,5% viuvez, 11,5% separados/divorciados e 5,8% nunca tiveram). Quase metade (46,15%) dos respondentes possui alta escolaridade (34,61% têm curso superior e 11,54% pós-graduação).

5.1.2 *Instrumentos*

Dois questionários e três escalas foram utilizados como instrumentos nesse estudo para mensurar cada uma das duas variáveis latentes: ambiente residencial e envelhecimento ativo (ver instrumento no Anexo 1). O Quadro 2 apresenta uma síntese das variáveis e construtos avaliados.

Quadro 2. Dimensões e atributos investigados nesse estudo

→ Questionário sociodemográfico		Dados sociodemográficos	
→ Questionário sobre o ambiente residencial	Dimensão		
	Casa	Física	Propriedade, tipo moradia, densidade, acessibilidade.
		Familiar	Arranjo domiciliar, envelhecimento no lugar, uso do espaço.
		Psicológica	Privacidade, satisfação residencial, significado de lar, preferências.
	Comunidade	Serviços e facilidades	Serviços e facilidades observadas no bairro.
		Perigos	Perigos e obstáculos observados no dia a dia.
Suporte Social		Apoio social estrutural e funcional.	
→ Questionário sobre saúde		Atividades físicas, limitações físicas, acidentes e quedas, percepção de saúde.	
→ Escala de Katz (Lino, Pereira, Camacho, Filho & Buksman, 2008)	Capacidade funcional	Alimentar-se, vestir-se, transferência, continência, uso do banheiro, banho. Gerenciamento da casa e do dinheiro, ambientes que frequenta.	
→ EDEP (Queroz, 2003, Queroz & Neri, 2005)	Bem-estar psicológico	Autorealização, crescimento pessoal e ajustamento psicológico, produtividade, cuidado, compromisso com os outros, e compromisso com outras gerações.	
→ EBES (Albuquerque, 2004; Albuquerque & Tróccoli, 2004)	Bem-estar subjetivo	Afetos positivos e negativos, satisfação com a vida.	

Escala de Katz. Escala desenvolvida por Katz, Ford, Moskowitz, Jackson e Jaffe (1963), que avalia seis atividades de autocuidado: alimentar-se, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, deitar e levantar da cama e/ou cadeira e controlar as funções de urinar e/ou evacuar. Para cada atividade básica da vida diária avaliada, são propostas três alternativas de resposta referentes às categorias de independência, necessidade de ajuda parcial e necessidade de ajuda total/não

consegue realizar a atividade (quadro 3). A adaptação transcultural para o português desenvolvida por Lino et al. (2008) investigou a equivalência operacional, testando a confiabilidade e a consistência interna da versão adaptada por meio de reteste em 156 anciãos, cuja concordância corrigida para o acaso (kappa ponderado) foi de 0,91. O alfa de Cronbach variou de 0,80 a 0,92.

Quadro 3. Escala de Katz para mensuração das atividades básicas de vida diária

Área de funcionamento	Independente/ Dependente
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)	
✓ não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho)	(I)
✓ recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna)	(I)
✓ recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	(D)
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)	
✓ pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda	(I)
✓ pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos	(I)
✓ recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	(D)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)	
✓ vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã)	(I)
✓ recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite	(D)
✓ não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(D)
Transferência	
✓ deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)	(I)
✓ deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda	(D)
✓ não sai da cama	(D)
Continência	
✓ controla inteiramente a micção e a evacuação	(I)
✓ tem “acidentes” ocasionais	(D)
✓ necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(D)
Alimentação	
✓ alimenta-se sem ajuda	(I)
✓ alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão	(I)
✓ recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos	(D)

Fonte: Lino et al. (2008).

Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP). Escala desenvolvida por Queroz (2003) e Queroz e Neri (2005)¹ composta de duas subescalas com 30 itens de 5 pontos (1 = pouquíssimo; 5 = muitíssimo) relativas a cinco fatores: autorrealização, crescimento pessoal e ajustamento psicológico; produtividade; cuidado; preocupação com as próximas gerações e preocupação com os outros. Juntos os cinco fatores explicam 61,7% da variância total do construto. A primeira subescala de bem-estar psicológico ($\alpha = 0,89$) construída por Ryff (1989), possui 18 itens pontuando as dimensões: relações positiva com outros, autonomia, propósito de vida, crescimento pessoal, auto-aceitação e domínio do ambiente. A segunda subescala que avalia o conceito de generatividade ($\alpha = 0,77$) possui 12 itens, que avaliam as dimensões de criar, manter e oferecer desse conceito proposto por Erikson (1998). Para a análise dos escores obtidos nesse estudo utilizou-se a interpretação dos cinco fatores, conforme distribuídos na Tabela 6.

Tabela 6. Definições relativas aos fatores encontrados para a Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP)

Fator 1. Auto-realização, crescimento pessoal e ajustamento psicológico.	O indivíduo tende a descrever a própria personalidade em termos de continuidade, integração e crescimento pessoal; abertura a novas experiências, realização das próprias potencialidades e perseguição de meta de excelência pessoal;
Fator 2. Produtividade.	O centro de sentido desse fator é a contribuição singular que cada adulto maduro oferece ao seu grupo mais próximo e à sociedade de modo geral, contribuição essa que ocorre por meio de ação educativa (orientar). Não é apenas e simplesmente a produção de bens materiais, mas também a produção de bens espirituais, mediante os quais a continuidade e o progresso culturais ficam garantidos, ao mesmo tempo em que o indivíduo sobrevive na memória do grupo;
Fator 3. Cuidado	O prestar cuidados a indivíduos dependentes e a manutenção de relações de interdependência são ações e preocupações gerativas que fazem parte da agenda evolutiva dos adultos e dos idosos. As sociedades esperam que se manifestem no plano físico e no plano simbólico. As sociedades esperam que se manifestem no plano físico e no plano simbólico. O adulto cuja personalidade é congruente, tende a ver-se como necessário na vida de outrem e tende a comprometer-se com a educação em seu sentido mais lato de conduzir e orientar quanto a questões existenciais;
Fator 4. Preocupação com as próximas gerações.	Manifesta-se pelo desejo de legar algo de si para os contemporâneos e para as gerações vindouras, sendo-se produtivo e cuidadoso em relação a eles;
Fator 5 Compromisso com o Outro.	Reflete-se em preocupações com a continuidade biológica e cultural de indivíduos particulares e da sociedade de um modo geral.

Fonte: Queroz (2003); Queroz, Nelma (2005).

¹ As autoras não informam sobre a consistência interna dos fatores.

Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES). Escala desenvolvida por Albuquerque e Tróccoli (2004) composta por 62 itens relativos a três fatores que avaliam bem-estar subjetivo: afeto positivo ($\alpha = 0,95$); afeto negativo ($\alpha = 0,95$) e satisfação com a vida versus insatisfação com a vida ($\alpha = 0,90$). Juntos, os três fatores explicam 44,16% da variância total do construto. O instrumento possui 47 itens de cinco pontos (1= nem um pouco e 5 = extremamente) na primeira subescala, com 21 itens mensurando afetos positivos, explicando 24,3% da variância e com 26 itens mensurando afetos negativos explicando 24,9% da variância; e na segunda subescala possui 15 itens de também de cinco pontos (1 = discordo plenamente e 5 = concordo plenamente) mensurando satisfação vs insatisfação com a vida explicando 21,9% de variância. A análise fatorial e a análise dos itens (TRI) relatadas em Albuquerque (2004) e Albuquerque e Tróccoli (2004) evidenciam que a EBES apresenta validade de construto. A EBES avalia três dimensões do BES e o construto BES geral.

5.1.3 *Análise dos dados*

Inicialmente, os dados foram analisados descritivamente, utilizando medidas de tendência central. Na segunda etapa, realizou-se uma relação canônica com os dados sumarizados (ver Figura 4), cuja variável dependente (envelhecimento ativo) foi composta por quatro variáveis (saúde física, saúde percebida, bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico) e a variável independente (ambiente residencial) foi composta por quatro variáveis (casa física, casa familiar, casa psicológica e comunidade). Diante de resultados mais abrangentes provenientes da relação canônica (Tabela 18), que indicaram algumas direções de investigação do tema abordado, seguiu-se para a terceira etapa da análise dos dados, com a intenção de identificar quais os principais aspectos do ambiente residencial que contribuíram para o envelhecimento ativo. Nessa última etapa, os dados foram analisados utilizando a regressão múltipla univariada para cada uma das variáveis dependentes, salientando que

algumas variáveis independentes foram transformadas. Algumas variáveis nominais independentes foram transformadas em variáveis *dummy* dicotômicas nas regressões múltiplas, como o que aconteceu com as variáveis “propriedade” e “arranjo domiciliar”, por exemplo. E outras variáveis dicotômicas, como no caso da “presença de características físicas relativas à acessibilidade” se transformaram em variáveis contínuas, somando-se assim, o número de tais características físicas presente no ambiente residencial do idoso (ver Tabela 20).

5.1.4 Primeira etapa – Resultados das estatísticas descritivas

A seguir são apresentados os resultados das análises estatísticas descritivas das variáveis de investigação dos construtos latentes, ou seja, ambiente residencial e envelhecimento ativo. O ambiente residencial foi definido em termos de casa, esta representada pela casa física, familiar, psicológica e pela comunidade. O envelhecimento ativo, por outro lado, foi definido em termos de saúde física (atividade física, problemas de saúde, limitação física, acidentes e capacidade funcional) e de saúde mental (percepção de saúde, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo).

Tabela 7. Estatísticas descritivas da **dimensão física** do ambiente residencial

Variáveis	Descrição	Média	DP
Propriedade	72% própria (68% quitada e 4% financiada); 12% temporária (4% alugada; 8% cedida); 16% lar geriátrico	-	-
Tipo de moradia	62% casa 38% apartamento	-	-
Número de quartos*	Variância de 1 a 7 quartos	3,34	1,3
Número de moradores*	Variância de 1 a 6 moradores	2,32	1,1
Densidade AR	Pessoas por quarto	0,78	0,42
Reformas ou modificação feitas em casa	40% reformaram algum espaço (n=20) 15% reformaram a cozinha (n=3) 40% criaram mais um cômodo (quartos/banheiros) (n=8) 45% ampliaram ou integraram algum espaço/estética (n=9)		
Modificações feitas ambiente em função da idade (n=41)	94% não fizeram nenhuma modificação 3% - colocaram corrimãos e/ou barras de apoio 3% - fizeram adaptações no próprio quarto		
Acessibilidade (elementos que possui em %) (remoção de barreiras físicas e presença de itens de segurança)	Variância de 1 a 13 1. Ducha flexível no Box flexível – 82% 2. Ausência de tapetes – 80% 3. Ausência de degraus no acesso a casa – 78% 4. Telefone no quarto ou sem fio - 78% 5. Porta principal acessível - 76% 6. Espaço para tomar banho sentado – 64% 7. Conforto - 64% 8. Elevador – 56% 9. Porta do banheiro acessível – 56% 10. Corrimãos nas escadas – 50 % 11. Barras de apoio no Box – 28% 12. Barras de apoio no vaso- 26% 13. Torneiras acessíveis – 18%	6,76	2,72

* Apenas dos respondentes que moram na comunidade, ou seja, exceto os moradores dos lares geriátricos (N= 42).

A maioria dos idosos investigados é proprietária (72%) do imóvel e vive em casas (62%) (Tabela 7). Cada moradia possui uma média de 3 quartos (DP = 1,3), uma média de 2 moradores por moradia (DP=1,1) e menos de 1 pessoa por quarto (X=0,78 e DP=0,42). No que se refere a modificações realizadas na moradia, 20 idosos (40%) reformaram seu imóvel, em especial, preocupados com a estética do ambiente, trocando pisos, aumentando ou integrando espaços. Outra alteração relatada refere-se ao acréscimo de quartos e/ou banheiros (40%). Porém, das reformas feitas no espaço físico, a grande maioria (94%) relatou não ter efetuado qualquer tipo de mudança em função de seu próprio envelhecimento, ou seja,

nenhuma modificação ambiental foi feita para compensar as perdas típicas do processo de envelhecimento.

Tabela 8. Estatísticas descritivas da **dimensão familiar** do ambiente residencial

Variáveis	Descrição		
Arranjo domiciliar	22 % - moram sozinho		
	24 % – com cônjuge e filho(s)		
	20 % – apenas com cônjuge		
	16% – com outros idosos		
	18% - com outros parentes (família de um dos filhos, só com filhos, mãe, neto, sobrinho)		
Envelhecer no lugar (percentil)	Variância de 1,23% a 95,24% de sua vida adulta vivendo na moradia atual		
Envelhecer no lugar (quartil)	26 idosos vivem a menos de 25% de sua vida adulta na moradia atual (52%)		
	9 idosos vivem entre 25 e 50% de sua vida adulta na moradia atual (18%)		
	10 idosos vivem entre 50 e 75% de sua vida adulta na moradia atual (20%)		
	5 idosos vivem a mais de 75% de sua vida adulta na moradia atual (10%)		
Uso do espaço		%	N
Atividades	TV, música, computador	18	16,22
	Organização, gerenciamento da casa	17	15,32
	Limpeza, manutenção	15	13,51
	Leitura	13	11,71
	Cozinhar	10	9,01
	Lavanderia: lavar, passar roupas	7	6,31
	Rotina do Lar Geriátrico	8	7,21
	Trabalhos manuais, bordar	6	5,41
	Jardinagem	6	5,41
	Relaxar	5	4,5
	Cuidar de animais domésticos	2	1,8
	Outros	3	3,59
		Total de atividades informadas	100
Espaços mais utilizados	Sala	32,18	28
	Cozinha	25,29	22
	Quarto	12,64	11
	Quintal/varanda	12,64	11
	Banheiro	8,05	7
	Copa	6,9	6
	Todos	2,3	2
	Total de respostas	100	87
Espaços menos utilizados	Quartos extras	41,82	23
	Sala de visitas	14,55	8
	Banheiro extras	9,09	5
	Construção dos fundos	5,45	3
	Sala jantar	5,45	3
	Varanda	3,64	2
	Cozinha	1,82	1
	Lavanderia	1,82	1
	Piscina	1,82	1
	Total de respostas	100	55

Entre os idosos investigados, 78% dividem a moradia com outras pessoas e apenas 22% (N=21) moram sozinhos. Mais da metade (58%) vive numa moradia unigeracional, ou seja, mora com outras pessoas de sua mesma faixa etária. Desde que esses idosos encontram-se na vida adulta, observa-se uma grande variância (1,23% a 95,24%) de permanência no atual ambiente residencial, em que mais da metade (52%) deles estão a menos de 25% dessa vida adulta na atual moradia. As principais atividades realizadas em casa referem-se a atividades de entretenimento (16,22% assistem TV, ouvem música ou usam o computador; 11,71% dedicam-se à leitura) e a atividades relativas ao gerenciamento (15,32% organização do espaço doméstico) e manutenção (13,51% realizam limpeza do espaço; 5,41% dedicam-se a jardinagem) da moradia. Os espaços mais utilizados da casa são a sala (32,18%) e a cozinha (25,29%) e os menos utilizados se referem aos quartos que não são mais utilizados, uma vez que os filhos já não moram mais na casa (Tabela 08).

Tabela 9. Estatísticas descritivas da **dimensão psicológica** do ambiente residencial

Privacidade	82% - possuem espaço para ficar sozinho 18% - não possuem espaço para ficar sozinho		
Preferência por permanecer na moradia atual	48% - aceitam se mudar por necessidade 28% - aceitam se mudar por escolha própria 22% - não admitem se mudar da moradia		
		Frequência	%
Motivos apontados para mudar da moradia	Doença	10	50
	Casa própria ou maior	5	25
	Casa térrea/sem escadas	2	10
	Segurança/violência	2	10
	Ausência de companhia	1	5
		Média	DP
Satisfação	Percepção	4,02	1,09
	Privacidade	4,02	0,95
	Circulação	4,04	1,04
	Conforto	4,04	0,94
	Estética	3,77	1,15
	Poluição	3,81	1,35
	Barulho	3,73	1,6
Significado de casa		Frequência	%
	Família	21	18,58
	Pessoas, cônjuge convivência	17	15,03
	Harmonia/paz	15	13,27
	Amor/carinho/amizade	14	12,38
	Bem-estar/conforto/aconchego	7	6,19
	Organização	7	6,19
	Tranquilidade, silêncio	5	4,42
	Ambiente, espaço físico disponível	5	4,42
	Organização	4	3,54
	Bairro, vizinhança	3	2,65
	Plantas e animais	3	2,65
	Alegria/felicidade/sorriso	3	2,65
	Boa comida	3	2,65
	Dinheiro	2	1,77
	Hospitalidade	2	1,77
	Lar cristão	2	1,77
	Proteção	2	1,77
	Proteção	1	0,88
	Total de respostas	103	100

A maioria dos idosos (82%) percebe que pode controlar o acesso de outras pessoas sobre si mesmo e sobre seu espaço, pois relataram ter espaços onde podem preservar sua privacidade em sua própria casa. Eles também preferem continuar envelhecendo em suas próprias casas, já que 48% admitem que só sairiam de casa por necessidade e 22% não admitem em hipótese nenhuma deixar suas casas. A presença de alguma enfermidade foi o principal motivo apontado para que esses idosos viessem a se mudar da moradia atual. Quando questionados sobre a representação da casa para cada um, a maioria dos idosos se referem à presença de pessoas nesse local (18,58% se referem a presença da família em geral e 15,03% fazem referência a presença das pessoas ou especificamente do cônjuge) e associam a casa a vários tipos de sentimentos como harmonia/paz (12,38%), amor/carinho/amizade (6,19%), bem-estar/conforto/aconchego (6,19%), tranqüilidade/silêncio (4,42%), por exemplo, obtidos na convivência com as pessoas com as quais residem.

A dimensão de comunidade avaliada pelos perigos, facilidades e serviços observados pelos idosos desse estudo são apresentados nas Tabelas 10 e 11 a seguir.

Tabela 10. Perigos e dificuldades observados pelos idosos em sua comunidade

	N	%
Falta de segurança, assaltos	19	40,43
Trânsito: excesso de velocidade, falta de educação	7	14,89
Calçada: irregulares, presença de bicicletas,	4	8,51
Pessoas desconhecidas/menicância/flanelinhas	2	4,26
Drogas	2	4,26
Quedas/tropeções/cair/velhice	2	4,26
À vida humana	1	2,13
Fiação elétrica da casa	1	2,13
Preconceito por causa da idade	1	2,13
Reverência ao turista	1	2,13
Barulho	1	2,13
Total	47	

Tabela 11. Principais **serviços e facilidades** identificados pelos idosos em sua **comunidade**

		N	%
Serviços e facilidades	Farmácia	30	18,99
	Mercado	21	13,29
	Padaria	19	12,03
	Restaurante	10	6,33
	Médico, PSF	9	5,70
	Sapataria	8	5,06
	Costureira	8	5,06
	Lavanderia	5	3,16
	Barbearia	5	3,16
	Banco	5	3,16
	Correio	4	2,53
	Lojas, Shopping	4	2,53
	Comunitários, Rotary	4	2,53
	Lotérica	3	1,90
	Igreja	2	1,27
	Escola netos	2	1,27
	Massagem	1	0,63
	Açougue	1	0,63
	Coleta de lixo	1	0,63
	Chaveiro	1	0,63
Total de Serviços e Facilidades listados		158	100

Observa-se que a principal preocupação dos idosos em sua comunidade ocorre em relação à falta de seguranças (40,43%) nas ruas e mesmo dentro de suas casas (Tabela 10). Outros perigos salientados estão associados ao trânsito (14,89%) e à dificuldade de utilizar de forma segura as calçadas (8,51%). No que diz respeito aos serviços e facilidades percebidas pelos idosos (Tabela 11), a farmácia (18,99%), o mercado (13,28%) e a padaria (12,03%) são os principais serviços utilizados pelos idosos na sua comunidade.

Tabela 12. Suporte social avaliado pela rede de apoio social em suas dimensões funcional e estrutural

Estrutural	Rede de Apoio Social	96% possui RAS (n=48) 4% não tem RAS (n=2)		
		4,65% Vizinhos	20,93% Amigos	74,42 % familiares
Pessoas que compõem a rede	Tipo de relação			37,5% filhos
				12,50% cônjuge
				9,09 % família
				5,68% irmãos
				5,68% Noras/genros
				2,27% sobrinhos
				1,14% netos
				1,14% mãe
		Amigos	Família	
Frequência do contato	Semanalmente	36,7 %	60,0 %	
	Quinzenalmente	6,1 %	8,0 %	
	Mensalmente	16,3 %	8,0 %	
	irregularmente (raramente, férias)	20,4 %	8,0 %	
	nunca/nenhuma	20,4 %	16,0%	
		Recebe apoio	Oferece apoio	
Apoio Funcional	Tarefas domésticas	82,0%	-	
	Companhia	64,0%	47,1%	
	Auxílio Financeiro	25,5 %	45,1 %	
	Moradia	16,0 %	45,1%	
	Cuida dos neto (s)	-	28,0%	
	Outros (apoio emocional,remédios, Estado)	27,1 %	10,2%	

A maioria dos idosos (96%) relatou a presença de suporte social, ou seja, a existência de pessoas com as quais podem contar, caso necessitem (Tabela 12). O suporte social é exercido principalmente pela família (74,42%), em que os filhos (37,5%) são as pessoas mais citadas em seus relacionamentos sociais. A frequência do contato entre o idoso e seus familiares em sua maioria (60%) é no mínimo semanal. Já em relação à frequência do contato com os amigos, 36,7% relatam encontros semanais, 20,4% relatam encontros ocasionais ou nenhum contato atual com os amigos e outros 16,3% se encontram pelo menos mensalmente com seus amigos. Observa-se que os idosos relataram receber mais apoio social do que ofertam. A maioria (82%) deles relata que possui alguém para ajudá-los com as tarefas

domésticas e 64% tem alguém que lhes façam companhia, enquanto 47% também afirma que oferece companhia a seus familiares e vários deles ainda ajudam sua família com moradia (45%) e contribuem financeiramente na vida dos filhos (45%) ou cuidando dos netos em alguns períodos da semana (28%).

Tabela 13. A saúde objetiva dos idosos avaliada pela prática de atividade física, ocorrência de problemas de saúde, limitações físicas, quedas e fraturas informados nos últimos meses

		N	%
Prática de Atividade Física (n=50)	Não	28	56
	2 a 3 vezes por semana	12	24
	acima de 3 vezes por semana	10	20
Problemas de saúde* (n=60)	Nenhum	17	34,0
	Hipertensão arterial	14	23,3
	Diabetes	9	15,0
	Doenças cardíacas: angina, infarto, arritmia	8	13,3
	Tecido ósseo: osteopenia, osteoporose	7	11,7
	Alterações celulares: hiperplasia, neoplasia	4	6,7
	Circulação: isquemia, paralisia parcial	3	5,0
	Vias respiratórias: bronquite asmática, enfisema pulmonar	3	5,0
	Comprometimento cognitivo leve	2	3,3
	Convulsão, epilepsia	2	3,3
	Intestino	2	3,3
	Hormonais: hipertireoidismo	2	3,3
	Hérnia de disco	1	1,7
	Fibromialgia	1	1,7
	Depressão	1	1,7
	Anemia	1	1,7
Limitação Física* (n=28)	Nenhuma	31	59,6
	Locomoção	11	39,3
	Visão	10	35,7
	Audição	5	17,9
	Linguagem	2	7,1

*Idosos relataram mais de um problema de saúde e/ou limitação física.

Um pouco mais da metade (56%) dos idosos relatou não praticar nenhuma atividade física regular e 34% deles informaram ausência de problemas de saúde (Tabela 13). Dentre os 66% que admitiram ter algum agravo à saúde, os principais informados foram: hipertensão

(23,3%), diabetes (15,0%), agravos à saúde (13,3%) e problemas relacionados a osteoporose e osteopenia (11,7%). A maioria (59,6%) dos idosos não possui limitação física e dentre os que possuem a principal se refere à locomoção (39,3%), seguida de limitações na visão (35,7%).

Tabela 14. Ocorrência de quedas no último ano e consequentes fraturas decorrentes das quedas

Quedas	56,0 % não caíram recentemente (n=28) 44,0 % caíram recentemente (n=22)
Fraturas (n=16)	68,0% fraturou uma parte do corpo (n=17) 32,0% não teve nenhum tipo de fratura (n=11)
Parte fraturada (n=17)	31,3% Fêmur (n=5) 25,0% Pé (n=4) 25,0% Perna (n=4) 18,8% Coluna (n=3)
Motivos apontados para a ocorrência da queda (n=22)	54,5% escorregou em função de alguma causa externa (n=12) 31,8% desequilibrou-se em função de fatores internos (n=7) 13,6% caiu em função do trânsito (n=3)

* uma pessoa idosa pode ter mais de uma limitação ou informar a presença de mais de uma doença ao mesmo tempo.

Em relação à ocorrência de quedas no último ano, quase a metade (44,0%) dos idosos informou ter caído pelo menos uma vez e entre os que caíram 68,0% deles fraturou alguma parte do corpo (Tabela 14). Os principais locais lesionados foram o fêmur (31,3%), o pé (25,0%), a perna (25,0%) e a coluna (18,8). Em relação aos motivos apontados para a ocorrência das quedas, em primeiro lugar estão aqueles associados a algum fator externo (54,5%), como pisos escorregadios, tapetes ou desníveis, por exemplo, 31,8% afirmou que caiu porque sentiu algum desconforto físico ou desequilíbrio, por exemplo, em função de alguma condição médica ou mesmo medicamentos e outros 13,6% disseram que caíram na rua ou no trânsito em função de uma freada brusca do motorista do ônibus ou acidentes de trânsito.

Tabela 15. Atividades básicas de vida diária que indicam a capacidade funcional mediante a Escala de Katz

Atividades básicas (AVDs)	Independentes		Dependentes	
	N	%	N	%
Sanitário	51	98,08	1	1,92
Alimentação	50	96,15	2	3,84
Banho	48	92,31	4	7,69
Transferência	46	88,46	6	11,54
Vestir	46	88,46	6	11,54
Continência	45	86,54	7	13,46

A Tabela 15 relaciona de cada uma das atividades básicas da vida diária conforme o grau de dependência dos idosos. Dentre as atividades de autocuidado, a menor proporção de independência foi observada para o controle das funções de urinar e/ou evacuar (13,46%), seguida por vestir-se (11,54%) e levantar-se da cama e/ou cadeira (11,54%) e tomar banho (7,69%). Esses resultados sinalizam um alto grau de independência para as principais atividades do dia a dia, em que pelo menos 86% dessa amostra conseguem realizar as atividades referentes ao autocuidado de forma independente.

Tabela 16. A percepção de saúde dos idosos

		N	%
Percepção Saúde	Ruim	4	8,0
	Razoável	7	14,0
	não sei	1	2,0
	Boa	28	56,0
	Ótima	10	20,0

Tabela 17. Bem-estar subjetivo e psicológico

		(mínimo 1 e máximo 5)	Média	DP
Bem-estar subjetivo	Afeto positivo		3,28	0,79
	Afeto negativo		1,87	0,73
	Satisfação com a vida		3,70	0,76
Bem-estar psicológico	Compromisso com o Outro.		3,88	0,74
	Auto-realização, crescimento pessoal e ajustamento psicológico.		3,76	0,65
	Cuidado		3,7	0,76
	Produtividade.		3,25	0,79
	Preocupação com as próximas gerações.		2,57	1,01

No que diz respeito à percepção de saúde dos idosos, a grande maioria percebe a sua saúde como boa (56,0%) ou ótima (20,0%) (Tabela 16). Em relação ao bem-estar subjetivo, a medida típica desse grupo para a presença de afetos positivos nos últimos três meses foi de 3,28 (média e DP= 0,79), para a presença de afetos negativos foi de 1,87 (média) e DP = 0,73) e a maior média (média = 3,76) está associada ao aspecto de se sentirem satisfeitos com sua vida (Tabela 17). E em relação ao bem-estar psicológicos a maior média (3,88 e DP=0,74) foi para a dimensão de compromisso com o outro, que reflete uma preocupação com a continuidade biológica e cultural de indivíduos particulares e da sociedade de uma forma geral. A dimensão de auto-realização, crescimento pessoal e ajustamento psicológico, cuja própria personalidade é descrita em termos de continuidade, integração e crescimento pessoal obteve uma média de 3,76 (DP=0,65), seguida da dimensão de cuidado com uma média de 3,7 (DP=0,76), que reflete uma preocupação com a manutenção de relações de interdependência. A dimensão de produtividade obteve a média de 3,57 (DP=0,79), que se refere a contribuição (material e espiritual) que o idoso oferece a seu grupo mais próximo e sociedade de uma forma geral e com a pior média (2,57 e DP=1,01) está a dimensão que se refere à preocupações com as próximas gerações.

5.1.5 Tratamento dos dados: estatística inferencial

Inicialmente foi feita uma correlação de Pearson para verificação das covariâncias entre as variáveis do ambiente residencial e envelhecimento ativo (ver Anexo 2). Após a identificação de covariância entre as variáveis, realizou-se uma correlação canônica com os dados sumarizados para cada uma das variáveis independente e dependente. Posteriormente, foi realizada uma série de regressões múltiplas univariadas para cada uma das variáveis dependentes, ou seja, limitação física, problemas de saúde, atividade física, capacidade funcional, acidentes, bem-estar subjetivo/afeto positivo, bem-estar subjetivo/afeto negativo,

bem-estar subjetivo/satisfação com a vida, bem-estar psicológico/crescimento pessoal e ajustamento, bem-estar psicológico/produtividade, bem-estar psicológico/compromisso com outras gerações, bem-estar psicológico/compromissos com os outros/, bem-estar psicológico/cuidado e percepção de saúde, conforme o modelo da Figura 3.

5.1.6 Segunda etapa - Resultados da Correlação Canônica

Tabela 18 – Análise de Correlação Canônica entre ambiente residencial e envelhecimento ativo (N = 50)

	Cargas Canônicas*	Cargas Canônicas Cruzadas	Correlação Canônica (R)	Raiz Canônica (R²)	Significância (p)
Função Canônica 1			0,555	0,308	0,111
<i>Ambiente residencial</i>					
Casa física	,412	,229			
Casa psicológica	,873	,485			
Casa familiar	-,156	-,086			
Comunidade	,364	,202			
% variância explicada	27,0	8,4			
<i>Envelhecimento ativo</i>					
Saúde física	-,302	-,168			
Bem-estar psicológico	,661	,367			
Bem-estar subjetivo	,973	,540			
Percepção de saúde	,590	,328			
% variância explicada	45,6	14,0			

Embora a correlação canônica tenha se apresentado fracamente significativa ($p = 0,111$) a correlação entre ambiente residencial e envelhecimento ativo foi de $r_c = 0,56$ o que aponta para uma considerável relação entre ambas as variáveis, em que se mostrou relações importantes, particularmente entre a influência das dimensões da casa psicológica ($r = 0,87$) com as dimensões de bem-estar subjetivo ($r=0,97$). Os dados da tabela 18 sinalizam claramente que, a despeito de uma saúde física precária, a percepção de privacidade em sua moradia e a preferência por envelhecer nessa moradia, que caracterizam a dimensão psicológica do ambiente residencial, aliado às características físicas e as relações sociais da comunidade contribuíram decisivamente para o bem-estar dos idosos. A Figura 4 apresenta figurativamente os resultados das correlações canônicas entre as variáveis dependente e

independente, proposta nesse estudo a fim de facilitar uma visualização geral das variáveis investigadas. Diante de resultados mais gerais, partiu-se para a última etapa de investigação, mais detalhada dos aspectos de cada uma das dimensões do ambiente residencial.

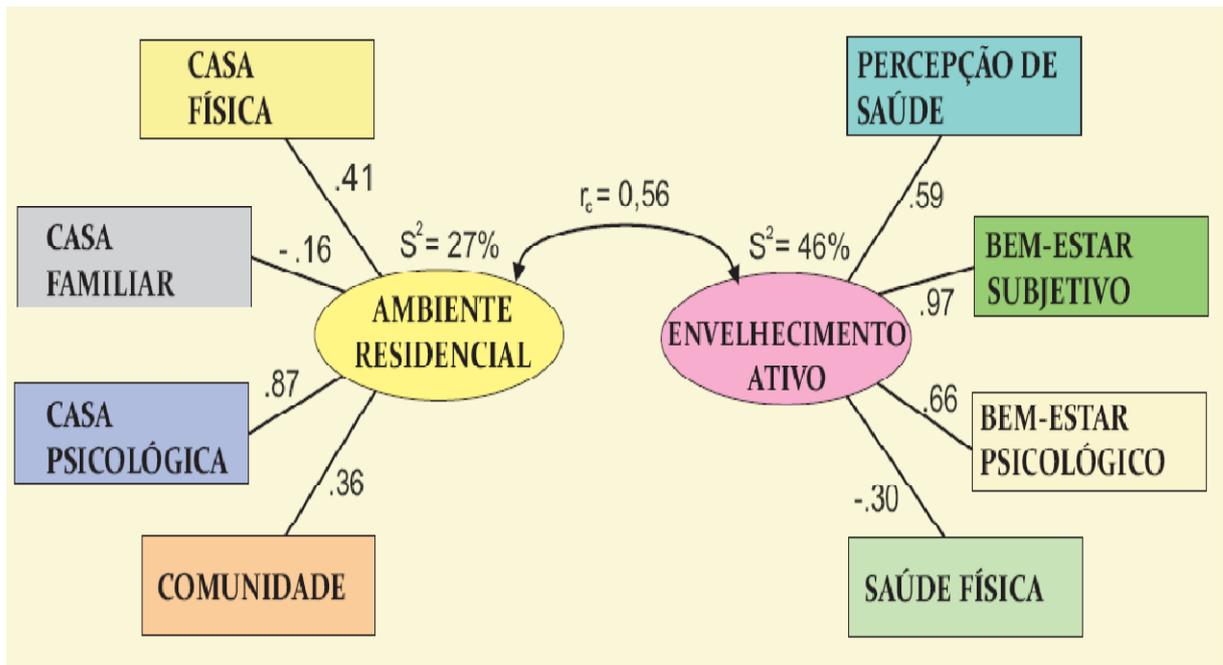


Figura 4. Correlações Canônicas entre ambiente residencial e envelhecimento ativo.

5.1.7 Resultados das Regressões Múltiplas Univariadas

Inicialmente, a Tabela 19 apresenta a métrica das variáveis independentes utilizadas nas regressões múltiplas univariadas. Em seguida, apresenta-se as demais tabelas com os resultados de cada regressão realizada.

Tabela 19. Apresentação das variáveis independentes e suas respectivas métricas

Variável	Métrica	
Idade atual	Contínua	
Sexo	Dicotômica	1 – masculino 2 – feminino
Tipo de moradia	Dicotômica	1 – casa 2 – apartamento
Arranjo geracional	Dicotômica	1 – unigeracional 2 – multigeracional
Propriedade	Dicotômica	1 – proprietário 2 – não-proprietário
Densidade da casa (nº de pessoas/ nº de quartos)	Contínua	
Privacidade	Dicotômica	0 – possui 1 – não possui
Preferência por permanecer na moradia atual	Intervalar	Mudaria de casa: 1 – por escolha 2 – por necessidade 3 – nunca
Número de reformas feitas em casa	Contínua	
Número de reformas na casa feitas por causa da idade	Contínua	
Facilidades e serviços observados no bairro	Contínua	
Anos da vida adulta vivendo na moradia atual (envelhecer no lugar)	Intervalar (percentil)	1 - > 25% na casa atual 2 – entre 25% a 50% na casa atual 3- entre 50 e 75% na casa atual 4 - < 75% na casa atual
Número de atividades realizadas dentro de casa	Contínua	
Satisfação com o lugar onde mora	Intervalar	0 – péssima até 5 – ótima
Apoio social funcional – dar (Número de ajuda que oferece a família)	Contínua	
Apoio social funcional - receber (Número de ajuda que recebe da família)	Contínua	
Presença de apoio social estrutural	Dicotômica	0 – possui 1 – não possui
Apoio social estrutural - frequência de visita de familiares	Intervalar	0 – nunca até 5 – semanal
Apoio social estrutural - frequência de visita de amigos	Intervalar	0 – nunca até 5 – semanal

Tabela 20. Regressão múltipla univariada da variável limitação física

Modelo	Coeficientes brutos		Coeficientes padronizados		
	B	Erro padrão	Beta	t	Sig.
(Constante)	-0,836	0,609		-1,374	0,177
Idade	0,015	0,006	0,284	2,402	0,021
Tipo de moradia	-0,119	0,119	-0,118	-0,998	0,324
Preferências	0,242	0,079	0,354	3,076	0,004
Apoio Social Funcional -Dar	-0,090	0,040	-0,262	-2,281	0,028
Apoio Social Funcional – Recebe	0,123	0,043	0,45	2,847	0,007
Facilidades e serviços	-0,011	0,019	-0,065	-0,572	0,570
Apoio social Estrutural – presença	-0,231	0,276	-0,093	-0,837	0,407

$$R^2 = 53,00$$

Dentre o conjunto de variáveis correlacionadas significativamente com a variável limitação física, no modelo da regressão múltipla destacaram-se a preferência em permanecer em seu ambiente residencial, a idade e o suporte social, tanto nas funções de oferecer quanto de ofertar apoio social para a presença de limitação física entre os idosos investigados (Tabela 20).

Tabela 21. Regressão múltipla univariada da variável capacidade funcional

Modelo	Coeficientes brutos		Coeficientes padronizados		
	B	Erro padrão	Beta	T	Sig.
(Constante)	0,868	0,655		1,326	0,193
Idade atual	0,005	0,005	0,121	0,998	0,325
Propriedade	0,017	0,166	0,018	0,105	0,917
Tipo de moradia	-0,122	0,122	-0,135	-0,994	0,327
Envelhecer no lugar	-0,012	0,008	-0,750	-1,541	0,132
sujeitos na classe	0,218	0,200	0,519	1,088	0,284
Número de atividades em casa	-0,057	0,035	-0,199	-1,629	0,112
Satisfação com o lugar	-0,143	0,087	-0,205	-1,649	0,108
Presença de ap. social estrutural	-0,234	0,250	-0,106	-0,935	0,356
Ap. social funcional –Dar	-0,031	0,041	-0,100	-0,747	0,460
Ap. social funcional – Recebe	0,063	0,038	0,200	1,663	0,105
Ap. social est. Freq Amigos	-0,035	0,031	-0,161	-1,118	0,271

$$R^2 = 61,60$$

Os idosos que evidenciaram uma maior satisfação com o lugar onde vivem e aqueles que relataram receber suporte social apresentaram uma tendência para melhores capacidades em suas atividades básicas de vida diária, cujas variáveis presentes nesse modelo chegam a explicar 61,60% (Tabela 21).

Tabela 22. Regressão múltipla univariada da variável acidentes

Modelo	Coeficientes		Beta	t	Sig.
	Coeficientes brutos	padronizados			
	B	Erro padrão			
(Constante)	0,044	0,172		0,254	0,800
Apoio Social Funcional - Recebe	0,069	0,050	0,192	1,380	0,174
Apoio Social Est. Freq. Família	0,065	0,035	0,256	1,842	0,072

$R^2 = 11,80$

Embora a regressão múltipla evidencie relações causais, estranho se pensar que a frequência de visitas e encontros familiares possa explicar a presença de quedas em idosos, porém, a relação significativa aqui encontrada possa sinalizar que o fato do idoso ter caído nos últimos doze meses influencie em tais encontros (Tabela 22).

Tabela 23. Regressão múltipla univariada da variável bem-estar subjetivo, na sua dimensão afeto positivo

Modelo	Coeficientes		Beta	t	Sig.
	Coeficientes brutos	padronizados			
	B	Erro padrão			
(Constante)	0,039	0,509		0,077	0,939
Tipo de moradia	0,224	0,188	0,140	1,191	0,240
Número de atividades em casa	0,132	0,057	0,262	2,314	0,025
Satisfação com o lugar	0,630	0,140	0,546	4,508	0,000
Apoio Social Est. Freq Amigos	0,026	0,046	0,068	0,581	0,564

$R^2 = 49,80$

Tabela 24. Regressão múltipla univariada da variável bem-estar subjetivo, na sua dimensão afeto negativo

Modelo	Coeficientes brutos		Coeficientes padronizados		
	B	Erro padrão	Beta	t	Sig.
(Constante)	4,787	0,540		8,872	0,000
Sexo	0,549	0,141	0,371	3,903	0,000
Tipo de moradia	-0,230	0,152	-0,157	-1,510	0,139
Número de atividades em casa	-0,097	0,047	-0,211	-2,071	0,045
Satisfação com o lugar	-0,427	0,122	-0,376	-3,505	0,001
Presença de ap. social estrutural	-1,632	0,359	-0,453	-4,551	0,000
Ap. social est. freq de amigos	0,007	0,037	0,018	,174	0,862

$R^2 = 63,7$

No que se refere ao afeto positivo (Tabela 23), as variáveis explicam quase 50% da presença do mesmo, ressaltando a influência do número de atividades realizadas no ambiente residencial e do fato desses idosos se sentirem satisfeitos com o lugar onde vivem. E no que se refere ao afeto negativo (Tabela 24), observa-se que as variáveis explicam 63,7% da presença dele, principalmente para as mulheres e que a percepção de ausência de apoio social, uma menor satisfação com lugar onde vivem e a redução no número de atividades realizadas dentro de casa são significativas para a presença do afeto negativo.

Tabela 25. Regressão múltipla univariada da variável bem-estar subjetivo, na sua dimensão satisfação com a vida

Modelo	Coeficientes brutos		Coeficientes padronizados		
	B	Erro padrão	Beta	t	Sig.
(Constante)	0,078	0,546		0,144	0,887
Tipo de moradia	0,383	0,172	0,247	2,220	0,032
Satisfação com o lugar	0,581	0,124	0,521	4,697	0,000
Ap. Social Funcional – Dar	0,037	0,055	0,071	0,683	0,498
Presença de ap. social estrutural	0,762	0,393	0,199	1,940	0,059

$R^2 = 55,3$

Observa-se que o fato dos idosos se sentirem satisfeitos com o lugar onde vivem, de morarem em apartamento e a presença de pessoas com as quais podem contar são significativas para o bem-estar subjetivo, cujas variáveis explicam 53,3% da satisfação com a vida.

Tabela 26. Regressão múltipla univariada da variável bem-estar psicológico, na sua dimensão autorealização, crescimento pessoal e ajustamento psicológico

Modelo	Coeficientes				
	Coeficientes brutos		padronizados		
	B	Erro padrão	Beta	t	Sig.
(Constante)	1,300	0,658		1,975	0,055
Idade atual	-0,009	0,007	-0,126	-1,300	0,201
Tipo de moradia	0,256	0,144	0,192	1,781	0,082
Número de atividades em casa	0,043	0,040	0,102	1,076	0,288
Satisfação com o lugar	0,531	0,097	0,554	5,495	0,000
Apoio Social Funcional –Dar	-0,029	0,044	-0,063	-0,649	0,520
Presença de ap. social estrutural	0,342	0,305	0,104	1,120	0,269
Ap. social est. freq de amigos	0,087	0,035	0,268	2,500	0,016

$R^2 = 68,8$

Observa-se que os idosos que se sentem satisfeitos com o lugar onde moram, aqueles que encontram regularmente os seus amigos e os que vivem em apartamentos foram aqueles que evidenciaram melhores níveis de auto-realização, crescimento pessoal e ajustamento psicológico, cujas variáveis presentes nesse modelo chegam a explicar 70% desta dimensão do bem-estar psicológico.

Tabela 27. Regressão múltipla univariada da variável bem-estar psicológico, na sua dimensão produtividade

Modelo	Coeficientes				
	Coeficientes brutos		padronizados		
	B	Erro padrão	Beta	t	Sig.
(Constante)	2,859	0,915		3,123	0,004
Propriedade	-0,912	0,390	-0,386	-2,341	0,028
Densidade da casa	0,487	0,302	0,262	1,611	0,120
Reformas na casa	0,255	0,281	0,167	0,906	0,373
Reformas na casa por causa da idade	-0,908	0,433	-,338	-2,097	0,046
Satisfação com o lugar	0,276	0,170	0,259	1,626	0,117
Ap. social Funcional-Dar	-0,007	0,096	-0,012	-0,076	0,940
Ap. social est. freq de família	-0,011	0,068	-0,028	-0,164	0,871
Ap. social est. freq de amigos	-0,020	0,077	-0,048	-0,260	0,797

$R^2 = 44,3$

No que se refere à propriedade do imóvel, os idosos que não são os proprietários do imóvel onde residem, ou seja, vivem em moradias alugadas ou cedidas por algum familiar foi significativo para presença da dimensão produtividade do bem-estar psicológico, cujas variáveis explicam 44,3% dessa dimensão. Os idosos que se sentiram mais produtivos também foram aqueles que tiveram uma menor ocorrência de modificações ou reformas feitas em suas casas por causa da idade.

Tabela 28. Regressão múltipla univariada da variável bem-estar psicológico, na sua dimensão preocupação com as novas gerações

Modelo	Coeficientes				
	Coeficientes brutos		padronizados		
	B	Erro padrão	Beta	t	Sig.
(Constante)	1,338	1,247		1,073	0,290
Idade atual	0,017	0,014	0,167	1,235	0,224
Propriedade	0,201	0,374	0,090	0,537	0,594
Arranjo Geracional	0,442	0,270	0,213	1,636	0,110
Privacidade casa	-0,443	0,393	-0,153	-1,129	0,266
Ap. social Funcional-Dar	-0,203	0,100	-0,284	-2,022	0,050
Facilidades e serviços	-0,027	0,053	-0,072	-0,505	0,617
Ap. social est. freq de amigos	-0,066	0,080	-0,131	-0,824	0,415

$R^2 = 37,7$

Tabela 29. Regressão múltipla univariada da variável bem-estar psicológico, na sua dimensão compromisso com os outros

Modelo	Coeficientes brutos		Coeficientes padronizados		
	B	Erro padrão	Beta	T	Sig.
(Constante)	3,719	0,478		7,775	0,000
Propriedade	-0,177	0,266	-0,108	-0,666	0,508
Apoio Social Funcional –Dar	0,041	0,076	0,080	0,547	0,587
Ap. social est. freq de amigos	0,112	0,062	0,304	1,794	0,079

$R^2 = 17,3$

Observa-se que uma maior vontade de deixar algo de si para futuras gerações, sendo produtivo e cuidadoso em relação a elas, foi significativa para reduzir a disponibilidade em oferecer ajuda ou suporte social para os seus próprios familiares, cujo modelo explica 37,7% do bem-estar psicológico (Tabela 28). E no que diz respeito a preocupação que os idosos apresentam com os outros, ou seja, com a sociedade e as outras pessoas, observa-se que o contato regular com os seus amigos contribuiu significativamente para o bem-estar psicológico, cujas variáveis constantes nesse modelo explicam apenas 17,3% (Tabela 29).

Tabela 30. Regressão múltipla univariada da variável bem-estar psicológico, na sua dimensão cuidado (ser útil)

Modelo	Coeficientes brutos		Coeficientes padronizados		
	B	Erro padrão	Beta	t	Sig.
(Constante)	1,741	0,642		2,713	0,010
Propriedade	-0,062	0,245	-0,037	-0,253	0,802
Tipo de moradia	0,100	0,207	0,065	0,484	0,631
Reformas na casa	-0,082	0,223	-0,053	-0,365	0,717
Reformas na casa por causa da idade	-0,824	0,350	-0,260	-2,357	0,023
Número de atividades em casa	0,055	0,059	0,112	0,926	0,360
Satisfação com o lugar	0,270	0,145	0,242	1,859	0,070
Apoio Social Funcional –Dar	0,105	0,063	0,199	1,662	0,104
Ap. social est. Freq família	0,048	0,044	0,125	1,081	0,286
Ap. social est. freq de amigos	0,142	0,056	0,378	2,546	0,015

$R^2 = 55,9$

Os idosos que relataram uma frequência regular de encontros com seus amigos e aqueles mais satisfeitos com o lugar onde vivem contribuem significativamente para as relações de interdependência na agenda evolutiva deles. Ainda assim, aqueles idosos que se julgam mais capazes de prestar cuidados a outros, são aqueles que não realizaram ou modificaram nada em suas casas por causa do seu próprio envelhecimento. Assim, tais variáveis evidenciaram-se como significativas para a dimensão cuidado do bem-estar psicológico. As variáveis constantes explicam 55,9% da dimensão cuidado para o bem-estar psicológico (Tabela 30).

Tabela 31. Regressão múltipla univariada da variável percepção de saúde

Modelo	Coeficientes				
	Coeficientes brutos	padronizados			
	B	Erro padrão	Beta	t	Sig.
(Constante)	0,293	0,888		0,330	0,743
Tipo de moradia	0,616	0,330	0,254	1,864	0,069
Número de atividades em casa	0,197	0,093	0,259	2,109	0,041
Satisfação com o lugar	0,430	0,238	0,246	1,806	0,078
Apoio Social Funcional -Dar	0,147	0,104	0,178	1,418	0,163

$R^2 = 32,5$

E o último aspecto analisado da saúde em sua dimensão subjetiva, refere-se à percepção de sua saúde pelo próprio idoso. Observa-se que morar em apartamentos e a realização de maior número de atividades dentro de casa fazem o idoso apresentar melhor percepção de sua saúde e isso ocorre mais fortemente com idosos que sentem felizes onde moram. Tais variáveis explicam 32,5% de percepção de saúde por parte dos idosos.

Quadro 4. Resultados sumarizados, das regressões múltiplas, organizados de acordo com cada uma das questões de pesquisa

Questão de pesquisa	Fator	Efeito
1) Quais os aspectos psicológicos associados ao ambiente residencial que afetam a saúde dos idosos?	Preferências	→ Limitação física
	Satisfação com o lugar	→ Capacidade funcional → Afetos positivos (BES) → Afetos negativos (BES) → (menor presença) → Satisfação com a vida → Autorealização, crescimento pessoal e ajustamento (BEP) → Cuidado (BEP) → Percepção de saúde
2) Quais os aspectos físicos do ambiente residencial que afetam a saúde dos idosos?	Tipo de moradia (apartamento)	→ Satisfação com a vida (BES) → Autorealização, crescimento pessoal e ajustamento (BEP) → Percepção de saúde
	Propriedade	→ Produtividade (BEP)
	Reformas na casa por causa da idade	→ Produtividade, (BEP) → Cuidado (BEP)
3) Quais os aspectos associados aos padrões de moradia, no que se refere ao arranjo familiar e utilização do espaço doméstico, que afetam a saúde dos idosos?	Número de atividades realizadas em casa	→ Afetos positivos (BES) → Afetos negativos (BES) → (menor presença) → Percepção de saúde
4) Quais os aspectos da comunidade e sociais, como o suporte social, que afetam a saúde dos idosos?	Presença de apoio social	→ Afetos negativos (BES) → (menor presença), → Satisfação com a vida
	Apoio social dar	→ Limitação física → Preocupação com novas gerações (BEP)
	Apoio social receber	→ Limitação física → Capacidade funcional
	Apoio social estrutural família	→ Quedas (a frequência da família, após a ocorrência de uma queda),
	Apoio social estrutural amigos	→ Autorealização, crescimento pessoal e ajustamento (BEP) → Compromisso com os outros (BEP) → Cuidado (BEP)

5.1.8 Discussão do Estudo 2

O modelo empírico obtido por meio da correlação canônica demonstrou uma relação consistente entre ambiente residencial e o envelhecimento ativo. As dimensões psicológica,

física e social do ambiente residencial conseguem explicar aspectos importantes da saúde e bem-estar dos idosos. A dimensão psicológica foi a que mais contribuiu nesse modelo, evidenciando a preferência do idoso em envelhecer em sua casa e a satisfação com o lugar onde vive. Nesse estudo, a preferência por permanecer em casa foi evidenciada por aqueles com maior limitação física.

Tradicionalmente, os idosos apresentam menor mobilidade, são menos propensos a mudar de casa ou a maneira como vivem. Envelhecer num ambiente familiar ou quando isso não é possível em função de incapacidades físicas, na presença de pessoas familiares e rotinas previsíveis possibilita satisfação e contentamento no idoso (Gilleard, Hyde & Higgs, 2007). A influência do contexto residencial sobre os estilos de vida e bem-estar das pessoas idosas tem sido cada vez mais reconhecida, assim, cresce o número de estudos sobre os fatores responsáveis pela satisfação residencial (McAndrew, 1993). Satisfação residencial tem sido visto como uma variável relevante na pesquisa gerontológica, pois tem se mostrado um importante preditor de mobilidade residencial e bem-estar psicológico entre os idosos (Lawton, 1982; Reschovsky, 1990).

Na investigação mais detalhada de cada uma das variáveis que compõem a dimensão psicológica do ambiente residencial, a satisfação com o lugar esteve associada ao bem-estar subjetivo e psicológico, a maior capacidade funcional e a uma melhor percepção de saúde. Klein (1993) observou que pessoas com níveis mais elevados de auto-estima também foram as que apresentaram maior satisfação com o lugar onde vivem.

Ao longo dos anos, a importância e o significado da casa têm sido objeto de um grande número de estudos em várias disciplinas, tais como antropologia, sociologia e psicologia. Uma revisão de literatura feita por Mallet (2004) revela que o conceito de casa possui um caráter multidimensional, porque é considerado, ao mesmo tempo, um lugar, um

espaço, um conjunto de sentimentos, costumes, significados, experiências ou representações. Esse estudo observou que a maioria dos significados atribuídos a casa estão associados a família, moradores, convivência e sentimentos agradáveis como paz, harmonia, amor e bem-estar. A análise das associações emocionais e simbólicas entre a pessoa e seu ambiente representa uma expressão de identidade com o lugar (Proshansky, Fabian & Kaminoff, 1983). Nesse sentido, o lugar é visto como um conjunto de significados criados e moldados pelas interações entre as pessoas e o ambiente físico (Wiesenfeld, 2005).

A dimensão física do ambiente residencial também esteve relacionada ao envelhecimento ativo, em que o tipo de moradia, em especial, apartamentos, a propriedade do imóvel e as reformas feitas no ambiente em função da idade foram nesse estudo as variáveis significativas para a presença de bem-estar psicológico. Filinson (1993) observou que as características físicas do edifício influenciam significativamente nos comportamentos sociais dos moradores idosos. Khoury e Günther (2008) observaram que o fato de morar em casa térrea ou apartamento, com ou sem elevador, influencia na percepção de controle pessoal e aqueles idosos que moram em andares mais elevados confiam mais em sua capacidade de adequação ao ambiente.

As relações observadas nesse estudo entre a propriedade do imóvel e a produtividade entre idosos pode reforçar a ideia da contribuição singular que cada adulto maduro oferece ao seu grupo mais próximo e à sociedade de um modo geral. Folts e Muir (2002) consideram que, para as pessoas idosas, a propriedade da moradia representa um componente importante para a qualidade de vida. O proprietário apresenta maior liberdade para adaptar a moradia a suas necessidades e ainda se engaja mais em projetos para personalizar os espaços domésticos (Linneman & Megbolugbe, 1993). A ideia de propriedade está associada ao conceito de apropriação do espaço e sua respectiva utilização (Giorgi, Padiglione & Pontecorvo, 2007).

Em outro estudo brasileiro, Lira (2009) identificou que a propriedade do imóvel esteve associada a um sentido de independência e estabilidade, reforçando a importância simbólica atribuída à apropriação do espaço físico. Na literatura gerontológica, as relações entre propriedade e realocação ou transferência de ambientes entre idosos são largamente documentadas (Hansen & Gottschalk, 2006). Outro aspecto demonstrado por vários estudos refere-se à relação entre propriedade e mobilidade residencial, como um importante fator em conjunto com a posição sócio-econômico, as mudanças no ciclo familiar e o nível de independência do idoso responsável pela mudança de residência entre as pessoas em idade avançada (Kampfe, 2002; Jungers, 2010; Stoeckel &, Porell, 2010).

Na investigação dos aspectos associados aos padrões de moradia e utilização do espaço doméstico, considerada a dimensão familiar do ambiente residencial, que afetam a saúde dos idosos, o número de atividades realizadas dentro de casa foram significativas para a presença de bem-estar subjetivo e para uma melhor avaliação de saúde. A maioria dos idosos desse estudo relataram realizar atividades associadas à passatempo (assistir TV, ouvir música, usar o computador, trabalhos manuais, leitura), ao gerenciamento da casa e à manutenção e limpeza do espaço físico.

Agahi e Parker (2008) encontraram forte associação entre a realização de atividades sociais e de lazer e mortalidade, tanto para homem quanto para as mulheres, diferenciando o tipo de atividades para cada um dos gêneros. Para os homens, as atividades associadas à passatempo, jardinagem e culturais foram significativamente relacionados com a longevidade, enquanto a ausência dessas atividades aumentou em 50% os riscos de mortalidade. Já para as mulheres, a leitura de livros foi significativa para a sobrevivência delas, aquelas que não realizavam atividades de leitura aumentava o risco de morrer mais cedo. Tais atividades

podem funcionar como estratégias de enfrentamento, diminuindo os níveis de estresse e estimulando sensações de bem-estar influenciando na expectativa de vida dos idosos.

Nos últimos anos, mais estudos têm se dedicado a investigar os efeitos da participação em atividades sociais e de lazer nas idades mais avançadas, observando os efeitos protetores da realização dessas atividades sobre a capacidade funcional (DiPietro, 1996; Menec, 2003), sobre a cognição (Fratiglioni, Paillard-Borg & Winblad, 2004) e sobre a mortalidade (Agahi & Parker, 2008).

Esse Estudo 2 investigou o papel do engajamento social para a saúde mental, avaliado pela dimensão comunidade do ambiente residencial, em que a presença, a estrutura e função do apoio social foram significativas para saúde física e mental dos idosos investigados. Aqueles com mais limitações físicas foram os que se envolveram mais nas trocas decorrentes de suas relações sociais, tanto no sentido de oferecer quanto receber apoio social. As relações observadas entre o apoio social e a percepção de saúde dos idosos evidenciam que aqueles que continuam a participar das atividades e a se envolver em relações sociais à medida que envelhecem são susceptíveis de estarem satisfeitos com sua vida e a manter atitudes positivas, contribuindo para uma boa saúde. Assim, idosos frágeis, apesar de suas limitações físicas ou mentais, podem envelhecer com sucesso em circunstâncias que estimulem os seus níveis de interação social, de forma que suas relações sociais contribuam para uma vida mais plena e para a sensação de bem-estar (Minkler & Fadem, 2002),

5. DISCUSSÃO GERAL

Os dois estudos realizados contribuem para a compreensão da interação das pessoas com o seu ambiente, em especial do ambiente residencial. O primeiro estudo, de caráter exploratório, apresentou informações sobre a importância que as pessoas atribuem às características do ambiente residencial no sentido de promover a independência e autonomia delas, mesmo considerando aquelas que possuem mobilidade reduzida. Nesse estudo (Estudo 1) se evidenciou que características ambientais associadas à segurança do ambiente residencial foram negligenciadas nas moradias, apesar dos moradores reconhecerem a importância dessas características ambientais para a acessibilidade e mobilidade humana, consequentemente, para uma vida saudável e independente.

As características ambientais associadas à acessibilidade, como a presença de portas largas, tanto na entrada principal da moradia, como no banheiro foram as propriedades da moradia mais observadas entre os participantes. Já as características ambientais associadas à segurança, como ausência de tapetes, presença de uma ducha flexível ou ajustável no box do banheiro e a presença de corrimãos nos corredores ou escadas foram as principais características presentes no espaço doméstico.

Já as características ambientais mais negligenciadas e também consideradas menos importantes pelos participantes que comprometem uma vida autônoma das pessoas com mobilidade reduzida referem-se à ausência de barras de apoio tanto no box, quanto próximas aos vasos. Tais resultados corroboram com os de Gitlin et al. (2001), cuja maioria dos 296 idosos entrevistados residentes na comunidade não tinha barras de apoio no banheiro e nem condições seguras para tomar banho. Nesse estudo, Gitlin et al. observaram a presença de múltiplas barreiras ambientais que impediam ou dificultavam severamente o desempenho de

atividades de vida diária e instrumentais. Aspectos específicos do ambiente físico representavam barreiras ao desempenho independente e seguro para a realização das atividades de autocuidado. A maioria das casas dos idosos apontou para a dificuldade de realização de tais atividades nos banheiros (88% delas), nas cozinhas (76% delas), nos quartos (61% delas), no acesso ou entrada da casa (58% delas) e na sala íntima ou de estar (55% delas). Tal estudo obteve uma média de 13,44 (DP = 8,17) barreiras ambientais observadas em 16 áreas nas casas. Outro estudo realizado com 425 idosos australianos descobriu que em pelo menos 80% das casas há pelo menos uma barreira ambiental e em 39% delas, as condições mais inseguras estavam no banheiro.

Os resultados do Estudo 1 evidenciam uma pressão ambiental para o desenvolvimento das atividades de autocuidado para as pessoas com mobilidade reduzida. A hipótese de docilidade ambiental proposta por Lawton (1980) salienta que ambiente que impõe pressões ambientais, reduzem as competências pessoais, ou seja, as exigências excessivas elevadas do ambiente em relação às competências pessoais provocam resultados negativos e estresse e tais exigências levam à perda de competências pela falta de uso. Assim, o ambiente afeta o desempenho independente de idosos, pois não é capaz de compensar as perdas cognitivas e comportamentais decorrentes do processo de envelhecimento humano, por meio de modificações ambientais, como a instalação de barras de apoio no banheiro, corrimãos em escadas e corredores, iluminação adequada etc.

As pesquisas Jon Pynoos sobre modificações ambientais convergem nesse direção, a de promover as competências pessoais, com foco em: (a) minimizar a necessidade por assistência personalizada por cuidados de saúde em casa, facilitando o cuidado tanto para o cuidador, quanto para o idoso; (b) reduzir acidentes e (c) retardar ou mesmo evitar a institucionalização (Pynoos & Nishita, 2003). Os estudos sobre as modificações na casa revelam quais as

principais variáveis associadas a melhores resultados no desempenhos das tarefas de autocuidado e ao suporte para uma vida independente. Tabbarah, Silverstein e Seeman (2000), em estudo sobre o perfil sociodemográfico de americanos acima dos setenta anos, identificaram que as principais adaptações feitas nas moradias referem-se à colocação de barras de apoio no banheiro e assentos no box, oferecendo condição de se tomar banho sentado (23%), seguida pela promoção da acessibilidade de cadeiras de rodas dentro de casa, com corredores largos (9%), corrimãos especiais (8%) e rampas de acesso à entrada da casa (5%). Já entre americanos com baixa renda, americanos afrodescendentes e hispânicos quase não se observou a presença de modificações ambientais.

No Estudo 1, a renda mensal esteve associada à presença de adaptações feitas no ambiente relativas à segurança do espaço físico, o que faz sentido, uma vez que ter maior poder aquisitivo favoreceu se dispor de recursos financeiros para se investir em modificações ambientais que visem a segurança de seus moradores. Porém, para que tais modificações possam ocorrer é necessário que as pessoas reconheçam a necessidade e/ou a importância de se adaptar o ambiente às necessidades pessoais. Esse aspecto também é apontado em Gitlin et al. (2001), que reconheceram que em geral ocorre uma subavaliação por parte dos idosos em reconhecer perigos ambientais em relação a presença de barreiras ou obstáculos físicos.

De acordo com o último censo nacional, no qual o Brasil 73,1% de sua população afirmou ser proprietária de seu imóvel e na maioria dos casos, representando o bem de maior valor que as pessoas adquirem ao longo da vida, é estranho se pensar que os elementos de acessibilidade, os quais estimulam uma vida mais independente, sejam negligenciados não só pela população, mas também pelos diversos profissionais no campo gerontológico. Hoje, o idoso tem de se adaptar à casa atento às suas limitações. Para as novas edificações ou para as reformas feitas em casa é importante que esse quadro seja modificado, com moradias

adaptáveis para atender qualquer necessidade, promovendo o conforto dos seus moradores em qualquer fase da vida, adaptada em termos de acessibilidades e equipamentos internos adequados.

Espera-se que os futuros idosos sejam diferentes dos de hoje, com outros tipos de exigências e poder de compra. Para tanto é necessário identificar a aceitabilidade das pessoas sobre as características ambientais associadas a mobilidade, no sentido de promover a independência e autonomia dentro de casa. Nessa direção, convergiram as contribuições do Estudo 1, uma vez que a investigação das moradias, em geral, fica sob a responsabilidade dos profissionais ligados à área da arquitetura e outros profissionais da área gerontológica, como psicólogos, ainda não incorporaram em suas práticas a importância do ambiente físico onde vivem os idosos.

No Brasil, a única regulamentação disponível sobre acessibilidade estabelece a obrigatoriedade de adaptações ambientais apenas para espaços e prédios públicos ou condomínios, deixando facultativa a adoção de tais adaptações nos domicílios pessoais (NBR 9050/2004). Isto significa que fica a critério do morador realizar qualquer tipo de modificação no ambiente para garantir a acessibilidade daquelas pessoas com mobilidade reduzida. A acessibilidade constitui um desses conceitos que evidencia a relação entre pessoa-ambiente (P-E), mais especificamente, como a relação entre o perfil de limitações funcionais individuais e as demandas do ambiente (Iwarsson & Stahl, 2003). Assim, a acessibilidade compreende um componente pessoal e outro componente ambiental.

Além disso, a acessibilidade em conformidade com as normas oficiais estabelecidas para o planejamento do ambiente, representa a perspectiva de avaliação objetiva do ambiente residencial, para a promoção da independência de seus moradores (Fänge & Iwarsson, 2003; Iwarsson & Stahl, 2003). Assim, um instrumento para avaliação de acessibilidade deve levar

em conta não só as limitações funcionais, como a redução da visão e a falta de equilíbrio entre os idosos, mas deve também mensurar as demandas do espaço físico em termos de barreiras ambientais, como exemplo, a necessidade de alargamento de portas estreitas, eliminação de degraus para o acesso a casa.

A acessibilidade do ambiente é fundamental para a vida das pessoas idosas, visando à manutenção de sua independência e bem-estar. A preferência dos idosos em permanecer a maior parte de tempo possível em sua casa salienta ainda mais significativamente a necessidade de adaptação do ambiente residencial às pessoas que envelhecem (Pynoos, Angellei & Tabbarah, 1998). Portanto, a adaptação do ambiente residencial às necessidades das pessoas idosas promovendo a acessibilidade e segurança do espaço físico, conjuntamente com a satisfação residencial são fundamentais para a qualidade de vida entre os idosos.

Assim, o Estudo 1 permitiu a exploração dos aspectos físicos do ambiente residencial, no sentido de conhecer quais as principais características ambientais associadas à acessibilidade e segurança das moradias. A idade influenciou na presença dos fatores de visitabilidade e de segurança. Portanto, o Estudo 1 enfatizou a dimensão física do ambiente residencial e a importância atribuída pelos moradores para as adaptações ambientais feitas dentro de casa. Porém, para responder a principal questão de investigação proposta nessa tese, que se refere à compreensão das relações entre ambiente residencial e envelhecimento ativo, desenvolveu-se um segundo estudo (Estudo 2) para se investigar quais aspectos do ambiente residencial estão fortemente associados ao envelhecimento ativo, assim, contribuindo para a qualidade de vida das pessoas idosas.

Nessa perspectiva, emergem as reflexões sobre o envelhecimento saudável, como forma de reação à associação entre envelhecimento e inatividade e assim, compreender a contribuição do ambiente residencial para o envelhecimento ativo. O acelerado crescimento

da população com mais de 60 anos e da urbanização sinaliza desafios que as cidades terão que enfrentar. Em 2007, constatou-se que mais da metade da população mundial vive nos centros urbanos, conseqüentemente, também há um contingente maior de idosos está morando nas cidades (UNPU, 2007).

A Declaração de Brasília sobre o Envelhecimento (OMS, 1996) afirma que os idosos saudáveis representam uma fonte de recursos para suas famílias, suas comunidades e a economia do país. Assim, tanto o fenômeno da urbanização quanto do envelhecimento populacional refletem êxitos para desenvolvimento humano. Os idosos precisam de um ambiente que seja capaz de compensar as alterações físicas, cognitivas e sociais decorrentes do processo de envelhecimento. O Plano Internacional de Madri (UN, 2002), endossado pelas Nações Unidas, reconheceu como um, dentre seus três principais direcionamentos em relação às sociedades que envelhecem, a relevância do ambiente para o envelhecimento humano e a OMS (2002) considera o ambiente físico como um dos determinantes para o envelhecimento ativo.

Esse novo paradigma apresenta duas vertentes, uma individual e outra populacional. As condições ambientais econômicas, culturais e sociais em um determinado contexto histórico afetam o processo de envelhecimento. Os dados sociodemográficos mostram que países com melhor nível socioeconômico têm uma expectativa de vida maior e estão livres de incapacidades por um tempo mais prolongado, em grande parte devido a melhores sistemas de saúde, que são orientados para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Desse modo, a sociedade e o contexto sociopolítico exercem um papel fundamental para que sua população envelheça bem, ou seja, de forma ativa e independente (OMS, 2002).

A vertente individual enfatiza que envelhecer é um processo no qual existe determinantes pessoais e que o estilo de vida explicará em parte a forma como cada pessoa irá

envelhecer. Assim, no nível individual, não apenas as condições genéticas e biológicas, mas as condições comportamentais e psicossociais afetam o processo de envelhecimento individual, responsabilizando também o indivíduo pelo próprio processo (OMS, 2002).

Além dos determinantes pessoais avaliados pelo Estudo 2, pela variável envelhecimento ativo, a principal ideia presente nesse estudo foi a de compreender quais fatores dimensões do ambiente residencial que contribuem para a qualidade de vida dos idosos. Inicialmente, foi proposto um modelo teórico (ver Figura 3) para a investigação do ambiente residencial e do envelhecimento ativo e, posteriormente, por meio da realização da correlação canônica encontrou-se um modelo empírico (ver Figura 4), no qual se observou um coeficiente canônico de correlação de 0,56 entre ambiente residencial e envelhecimento ativo², sendo o coeficiente de determinação de $R^2 = 0,30$, o que significa que os conjuntos de variáveis estão relacionados em 30,0%.

As dimensões da casa psicológica, da casa física foram as que obtiveram a maior relação com a variável ambiente residencial (76% , 17% e 12 % respectivamente), enquanto o bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico obtiveram a maior relação com a variável envelhecimento ativo (94% , 44% e 34% respectivamente). O modelo empírico obtido ressalta a relevância da dimensão psicológica do ambiente residencial para o envelhecimento ativo. A satisfação com o lugar onde o idoso vive de fato está associada a elevados níveis de bem-estar. Os resultados obtidos com as regressões múltiplas mostraram que a satisfação dos idosos com o lugar onde vivem relacionou-se significativamente com diversos aspectos da saúde dos idosos: (1) capacidade funcional, (2) maior presença de afetos positivos, (3) menor presença de afetos negativos, (4) uma maior satisfação com a vida, (5) senso de ajustamento e

² Cohen (1888) considera que correlações acima de 0,50 podem ser interpretadas como grandes em ciências sociais.

de crescimento pessoal, (6) senso de utilidade e cuidado e (7) uma melhor percepção de saúde.

Klein (1993) identificou que as pessoas que reportaram mais auto-estima foram também as que apresentaram maior satisfação residencial. Outros estudos também identificaram que sentimentos de apego ao lugar, satisfação com a casa e a vizinhança foram preditores para o bem-estar subjetivo e psicológico (Kivett 1988; Ryff 1989; Veenhoven, 1996). Outro aspecto importante para a qualidade de vida das pessoas idosas refere-se às características da comunidade onde elas vivem. A proximidade e a acessibilidade de recursos, facilidades e serviços têm sido amplamente sugeridas como uma dimensão importante da qualidade da comunidade. O espaço de vida dos idosos é cada vez mais limitado e sua mobilidade é muitas vezes restrita durante a idade avançada, assim, a disponibilidade de realizar compras e de outros serviços perto de suas casas, junto com facilidade de acesso ao transporte público podem contribuir para aumentar a satisfação residencial (McAndrew, 1993; Verbrugge, Reoma, & Gruber-Baldini, 1994).

Outra característica associada à satisfação residencial refere-se a capacidade que o ambiente tem em promover a interação social (Filinson, 1993). Pesquisas têm demonstrado consistentemente que o envolvimento em redes sociais está associado com maiores níveis de satisfação residencial (Adams, 1992; Kahana, Lovegreen, Kahana & Kahana, 2003). Especificamente, conhecer os nomes dos vizinhos, ter amigos que vivem próximos ao ambiente residencial e participar de atividades no bairro têm sido fortes preditores para a satisfação residencial (Kahana et al., 2003).

Assim, o ambiente assume um papel fundamental na promoção das interações sociais. Aspecto que assume maior relevância na medida em que as pessoas idosas apresentam uma menor mobilidade, onde a casa e a vizinhança se tornam os locais onde elas passam a maior

parte do tempo. Os resultados encontrados no Estudo 2 evidenciaram a importância da dimensão social do ambiente residencial para a saúde dos idosos, com relações significativas com a presença de: (1) elevados níveis de bem-estar subjetivo e (2) de bem-estar psicológico, (3) maior capacidade funcional e (4) poucas limitações físicas.

O apoio social observado nessa dimensão social do ambiente residencial refletiu os processos que envolvem a prestação ou troca de recursos emocionais, informativos ou instrumentais nas interações sociais. Gallant, Spitze & Prohaska (2007) apontam que há diferenças significativas entre o apoio social da família e dos amigos, o qual está diferentemente associado a saúde do idoso. O apoio social da família afeta positivamente as atividades de gerenciamento de doenças crônicas e de cuidado de longa duração, enquanto os amigos influenciam o estilo de vida, em especial, influenciando atividades de promoção à saúde (Levy-Storms & Lubben, 2006; Gallant et al., 2007).

Num estudo com 388 idosas chinesas, Chen e Silverstein (2000) observaram que o apoio social intergeracional não pode ser ignorado pelas políticas públicas de assistência ao idoso. O impacto positivo do apoio intergeracional, ou seja, aquele fornecido pelas gerações seguintes, como filhos e netos sobre a saúde física e sobre o bem-estar psicológico das pessoas vem sendo amplamente documentados por vários estudos na sociedade ocidental (Silverstein & Bengtson 1994; Lee, Netzer & Coward 1995; Silverstein, Chen & Heller 1996).

A frequência das trocas e contatos sociais com os amigos observados no Estudo 2, estiveram relacionados significativamente com bem-estar psicológico, principalmente no que se refere a: (1) senso de cuidado e de utilidade; (2) crescimento pessoal, ajustamento e (3) senso de compromisso com os outros. Tais resultados corroboram com os achados de Fiori, Antonucci e Cortina (2006) em uma pesquisa realizada com 1.669 idosos, em que as amizades

proporcionaram intimidade emocional, companheirismo e motivação para a participação em diversas atividades na comunidade local.

Michael, Colditz, Coakley e Kawachi (1999) também verificaram numa amostra de 56.436 mulheres idosas no Reino Unido a influência da rede social sobre a saúde percebida. Os resultados indicaram que ter amigos, parentes e especialmente ter uma pessoa confiante em suas relações sociais foi significativamente correlacionado com elevada capacidade funcional e poucos problemas de saúde, ou seja, associadas a um envelhecimento saudável. Os amigos podem ser os laços relacionais mais importantes no que diz respeito à promoção da saúde observados em idosos da classe média e entre aqueles que vivem em áreas com elevados níveis de engajamento social (Zunzunegui et al., 2004). Isso evidencia que as relações sociais informais e a participação ativa na comunidade apresentam benefícios positivos para a saúde dos idosos, promovendo relações que podem melhorar o bem-estar na medida em que as pessoas envelhecem.

O envolvimento e o engajamento nas relações sociais pressupõem uma concepção que vai além do potencial e envolve a atividade, seja no plano das relações interpessoais, associadas a contatos e trocas com outras pessoas, intercâmbio de informação, suporte emocional e assistência direta, seja no âmbito de uma atividade produtiva, considerada de modo abrangente como aquela que cria valor societal, mesmo não reembolsada em termos econômicos (Rowe & Kahn, 1997). A teoria de Erik Erikson ressalta esse valor societal para o desenvolvimento da idade adulta avançada, a geratividade é um indicador de ajustamento e está relacionada ao cumprimento de tarefas evolutivas interna e culturalmente determinadas (Erikson, 1998). Portanto, na medida em que a pessoa cumpre estas tarefas, ela é valorizada culturalmente e acaba sendo apontada como ajustada porque é capaz de realizar tais tarefas, uma vez que mantém atitudes criativas na geração de novos seres, produtos e ideias.

5.1 Considerações finais

O propósito final da concepção e planejamento de uma casa é proporcionar um ambiente saudável para seus moradores. As condições inadequadas de moradia podem afetar negativamente a vida de seus moradores, deteriorando aspectos físicos, mentais e sociais que constituem a qualidade de vida deles (Cho, Lee & Kim, 2010). Portanto, elevar a qualidade do ambiente residencial representa melhorar a qualidade de vida das pessoas em idade avançada.

O idoso passa a maior parte de seu tempo em sua casa. Ele prefere permanecer e envelhecer em sua própria casa. Assim, as condições de moradia adequadas à promoção de vida independente e ativa deveriam ser colocadas como prioridade na agenda das políticas públicas de saúde das pessoas que envelhecem. Envelhecer em sua própria casa significa que apesar dos problemas de saúde e das limitações físicas, a casa representa o espaço repleto de sentimentos e significados e ainda permite envelhecer na própria comunidade, com manutenção de suas relações sociais.

A adoção de um ambiente capacitador que contribua para a redução da carga de deficiências na velhice, consiste num dos principais desafios para o século XXI. Os processos incapacitantes elevam as necessidades das pessoas idosas e conduzem ao isolamento social e à dependência, enquanto os processos capacitadores restabelecem a função e estimulam a participação dos idosos nas atividades da sociedade. Para tanto é preciso promover “*políticas amigas da idade*”. Um dos maiores desafios das políticas públicas de saúde é obter um equilíbrio entre o apoio às atividades de autocuidado (atividades de vida diária), em que cada pessoa consiga realizá-las de forma independente; o apoio informal representado pela rede social composta por familiares e amigos e; o cuidado formal representado pelos serviços de

saúde. Portanto, os estudos desenvolvidos sobre a contribuição do ambiente residencial podem fornecer indicadores importantes a serem considerados para a estimulação de ambientes capacitadores.

Os ambientes precisam ser capacitadores também na estimulação de trocas sociais e do engajamento social. Engajamento social é tipicamente alcançado por meio do contato direto entre as pessoas e tem sido considerado um constructo utilizado para compreender como as pessoas conseguem envelhecer de forma ativa e independentemente, apesar das mudanças no estado de saúde e das mudanças no ciclo de vida. O engajamento tem sido considerado um componente importante que influencia a saúde e bem-estar psicológico dos idosos (Tomaka, Thompson & Palacios, 2006).

Muitas pesquisas evidenciam a relevância do engajamento social para a qualidade de vida das pessoas idosas, por exemplo, estudando a relação entre apoio social, depressão e habilidades sociais (Carneiro & Falcone, 2004; Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette, 2007), compreendendo as relações entre apoio social, bem-estar subjetivo e estratégias de enfrentamento (Guedea et al., 2006) ou mesmo entendendo os diversos tipos de suporte social (Rosa, Benício, Alves & Lebrão, 2007).

Os estudos sobre o apoio social em geral focalizam as relações entre as interações e trocas sociais com as características pessoais ou aspectos intrapessoais e escassos são os estudos que verificam o papel do ambiente residencial na promoção do apoio social. Apesar de a pessoa idosa preferir envelhecer na própria moradia (*aging in place*), a dimensão física do ambiente recebe pouquíssima atenção, se comparada a outros fatores que afetam o processo de envelhecimento humano.

O desenvolvimento do perfil de saúde das pessoas depende de como a saúde é definida e mensurada. Ainda que se considere que a saúde representa muito mais que a ausência de doenças, a maior parte dos estudos nacionais concentra-se no diagnóstico de doenças e deficiências, nas condições crônicas de saúde e quantidade de consultas médicas e hospitalizações (Veras, 2009; Prado & Sayd, 2004). Isso evidencia que os pesquisadores nacionais têm tradicionalmente monitorado a ausência de saúde e não propriamente a saúde, ou seja, a ênfase recai sobre o tradicional modelo médico, ao invés de se adotar uma perspectiva holística, considerando as dimensões físicas, psicológicas e sociais da saúde e do bem-estar conjuntamente. Assim, poucas pesquisas brasileiras consideram o bem-estar emocional, espiritual ou social dentre as suas variáveis de estudos para a compreensão da saúde das pessoas em idade avançada. Embora se reconheça que nos últimos anos tem crescido o interesse em se compreender os comportamentos relacionados aos efeitos positivos de saúde e ao engajamento ativo com a vida entre os idosos (Assis, Hartz & Valla, 2004).

As variações nas condições de saúde dos idosos em função de características sociais salientam a dimensão social para o bem-estar deles. A ênfase depositada sobre o contexto social da saúde revela a saúde e a doença como resultado de muitos arranjos sociais, incluindo gênero e as variações socioeconômicas. A idade por si só não representa uma influência tão poderosa sobre a saúde se comparada a influência desses outros fatores. Embora se reconheça que algumas doenças estão diretamente relacionadas ao avanço da idade, simplesmente acumular aniversários não representa desenvolver um conjunto comum de doenças. Há uma diversidade incrível entre as pessoas e na maneira como elas chegam saudáveis aos 30 anos, 70 anos de idade ou mesmo para aqueles que sobrevivem até os 99 anos de idade.

Apesar da saúde não estar exclusivamente sob o domínio do controle pessoal, existe escolhas e decisões individuais que modelam a saúde no futuro. As relações complexas entre

os fatores individuais e sociais que afetam positiva ou negativamente a saúde das pessoas em idade avançada continuam motivando pesquisadores a compreender este constructo multidimensional. Em especial, na área da gerontologia, com a presença de muitas teorias sobre o envelhecimento concorrendo para a explicação e compreensão e do processo de envelhecimento com mais qualidade em função da longevidade humana conquistada nesse século.

Os fatores associados ao envelhecimento ativo e suas conseqüências para a saúde, tanto a nível individual, quanto a nível populacional, não pode ser respondido por única disciplina. Variáveis de investigação e níveis de análise diferem consideravelmente entre arquitetos, fisiologistas, médicos, psicólogos, sociólogos, economista e cientistas políticos, por exemplo. Cada uma dessas áreas contribui com seus modelos teóricos para o estudo do envelhecimento humano. Assim, reconhecendo a contribuição de cada área pode-se avançar no desenvolvimento de estudos e inquéritos multidisciplinares acerca de um envelhecimento saudável, incluindo o potencial para retardar as doenças incapacitantes e expandir a expectativa de vida independente.

Além disso, a cultura influencia os comportamentos associados a práticas e promoções de saúde. As medidas de bem-estar dependem da cultura, da linguagem e das expectativas de sua população, apesar de poucas pesquisas verificarem esses aspectos, por exemplo. Uma questão como “*você se sente sozinho?*” depende da interpretação do que significa ser sozinho, que varia em função da cultura, do tamanho da família, dos arranjos familiares e do ajustamento emocional. Assim, as ciências que contribuem para o estudo do envelhecimento têm considerado um número de características deste processo, aceito pela maioria dos autores nos últimos anos, resumidas em: a) idade que não é o único determinante dos processos de desenvolvimento, estabilidade e declínio, mas que a idade interage com as circunstâncias

ambientais, sociais e pessoais e b) que ao longo da vida, existem padrões diferenciados de envelhecimento.

As políticas públicas com ênfase na manutenção da capacidade funcional deveria incluir uma grande e significativa parcela de pessoas idosas não são fragilizadas, isto é, são independentes e capazes de gerenciar sua própria vida, com boas condições de saúde, a sua maioria já em idade mais avançada e com renda, em média, superior ao conjunto da população. Acrescentando a necessidade de conscientizar as pessoas sobre a importância das modificações ambientais em sua moradia para a promoção da independência, em que a acessibilidade não fosse apenas uma recomendação, mas uma das diretrizes incorporadas nas políticas públicas e sociais para promoção da saúde e prevenção de doenças entre a população idosa.

Algumas limitações dos estudos precisam ser ressaltadas. Primeiro, os estudos envolvem um número modesto de moradores. Os tamanhos reduzidos das amostras podem ter limitado análises estatísticas mais poderosas. Por exemplo, é provável que a amostra de 50 sujeitos no estudo 2 tenha impossibilitado a realização de regressão múltipla multivariada, em função de pouca variabilidade de respostas entre os participantes, o que conduziu a realização de doze regressões múltiplas univariadas para cada uma das variáveis dependentes.

Segundo, em amostras reduzidas há pouca possibilidade de generalização dos resultados obtidos. Em função da escassez de estudos dessa natureza, que investiguem a visitabilidade, a acessibilidade e a mobilidade dos moradores em suas moradias fica difícil saber se os resultados observados se aproximam ou divergem de outros estudos no cenário nacional. Como se pode observar sobre o predomínio de comparações entre os resultados obtidos nos dois estudos realizados e resultados de pesquisas em contextos internacionais. E terceiro, o processo de seleção dos respondentes pode ter deixado de fora as pessoas mais

isoladas socialmente, daí, certamente o apoio social ter se destacado entre as dimensões do ambiente que contribuem para o envelhecimento ativo.

Outro aspecto que precisa ser evidenciado refere-se à necessidade de construção ou adaptação de instrumentos específicos para a população idosa brasileira caracterizada por baixa escolaridade. Os idosos brasileiros possui baixa escolaridades e um pouco mais de 14% deles possui acima do ensino fundamental. Em geral, os instrumentos que mensuram o bem-estar apresentam uma métrica que varia de 1 a 5 pontos. Tal métrica para uma população de baixa escolaridade pode enviesar os resultados e não serem adequados para essa população. Já sobre o ambiente residencial, há evidências de que há uma maior dificuldade no autorrelato de problemas do ambiente residencial, pois as pessoas idosas tendem a não relatar ou continuam a ignorar os seus problemas ambientais (Gitlin et al., 2001).

O conhecimento dos padrões de moradia das pessoas em idade avançada, como octogenários, por exemplo, que permanecem independentes para a realização de suas atividades de autocuidado, que ainda conseguem gerenciar sua própria vida e que decidiram ainda viver sozinhos em casa pode contribuir para as políticas sociais e gerar informações sobre a compressão da morbidade para essas pessoas, promovendo um ambiente seguro.

Assim, a investigação do ambiente residencial dos idosos que optaram por viverem sozinhos, apesar da viuvez ou de qualquer outra mudança em seu ciclo vital pode contribuir para a construção de políticas sociais que evidenciem o papel do ambiente social e físico para o envelhecimento ativo. A realização de pesquisas sobre o ambiente residencial e suas múltiplas dimensões promove conceito de envelhecimento ativo, reduzindo barreiras e obstáculos ambientais, promovendo a mobilidade das pessoas idosas e estimulando uma vida independente.

Além disso, no Brasil, em geral, a assistência ao idoso recai prioritariamente sobre as famílias. A família, os amigos e os vizinhos são aqueles que fornecem mais apoio para os idosos considerados mais dependentes. O Estado encontra dificuldades em assistir aos idosos em suas necessidades, apesar dos esforços em colocar o idoso na agenda de prioridades das políticas sociais. Porém, as modificações do perfil etário da população indicam maior número de mulheres sem filhos, mudanças nos padrões de divórcio e casamento, o que significa que não muito distante terá se reduzido a rede de apoio social dos futuros idosos, assim, o planejamento de ambiente para idosos precisa promover as relações sociais de forma a afetar positivamente a qualidade de vida entre os idosos.

6. REFERÊNCIAS

- Adams, R. E. (1992). Is happiness a home in the suburbs? The influence of urban versus suburban neighborhoods on psychological health. *Journal of Community Psychology*, 20, 353-372.
- Afonso, L. E. & Fernandes, R. (2005). Uma Estimativa dos Aspectos Distributivos da Previdência Social no Brasil. *Revista Brasileira de Estatística*. Rio de Janeiro, 59 (3), 295-334.
- Agahi, N., & Parker, M. G. (2005). Are today's older people more active than their predecessors? Participation in leisure-time activities in Sweden in 1992 and 2002. *Ageing & Society*, 25, 903-923.
- Albuquerque, A. S. (2004). Bem-estar subjetivo e sua relação com a Personalidade, Coping, Suporte Social, satisfação Conjugal e satisfação no trabalho. *Tese de doutorado não publicada*, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Albuquerque, A. S. & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de Uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 153-164.
- Américo, (1998). Patrones perceptivos diferenciales en función del rol ambiental. *Psicothema*, 4, 123-131.
- Aragonés, & Américo, (1998). The Dwelling as place: Behaviors, attachment and symbolism. In J.I. Aragonés, G. Francescato, & T. Gärling (Eds.). *Residential environments. Choice, satisfaction and behavior* (pp. 163-182). Westport Ct: Bergin & Garvey.
- Araújo, T. C. N. e Alves, M. I. C. (2001). Perfil da população idosa no Brasil. In: Velhice numa perspectiva de futuro saudável. Veras, R. P. (Org.). *Velhice numa perspectiva de futuro saudável*. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 99-114.

- Argyle, M., & Martin, M. (1991). The psychological causes of happiness. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 77–100). New York: Pergamon Press.
- Aron, A., Norman, C. C., Aron, E. N., McKenna, C., & Heyman, R. C. (2000). Couples' shared participation in novel and arousing activities and experienced relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 273–284.
- Assis, M.; Hartz, Z. M. A. & Valla, V. V. (2004). Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (3), 557-581.
- Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). (2004). *NBR 9050: Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano*. Rio de Janeiro.
- 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 the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, M. M., & Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and Aging*, 12, 433-443.
- Baltes, M. M., Maas, I., Wilms, H.U., Borchelt, M. & Little, T. D. (1999). Everyday Competence in Old and Very Old Age: Theoretical Considerations and Empirical Findings. In: P. B. Baltes, & K. U. Mayer (Eds.). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp.384-402). New York: Cambridge University Press.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.

- Bechtel, R., & Churchman, A. (Eds.). (2002). *Handbook of environmental psychology*. New York: John Wiley.
- Bekhet, A.K., Zauszniewski, J. A. & Nakhla, W.E. (2009). Reasons for Relocation to Retirement Communities : A Qualitative Study. *Wester Journal Nursing Research*, 31(4), 462-479.
- Bell, P. A., Greene, T. C., Fisher, J. D, & Baum, A. (2001). *Environmental psychology*. Fort Worth, Texas: Harcourt College.
- Billig, M. (2006). Is My Home My Castle? Place Attachment, Risk Perception and Religious Faith. *Environment and Behavior*, 38, 348-265. Recuperado em 08 de setembro, 2010, em <http://eab.sagepub.com/content/38/2/248>
- Bridge, C & Phibbs, P. (2003). *Protocol guidelines for systematic reviews of home modification information to inform best practice*. Sydney: Home Modification Information.
- Boschetti, I. (2003). Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. *Psicologia e Sociedade*, 15 (1), 22-37.
- Bowling, A.: 1997, *Measuring Health; a Review of Quality of Life Measurement Scales (2nd ed.)*. Buckingham, Open University Press.
- Burleson, B. R., & MacGeorge, E. L. (2002). Supportive Communication. In M. L. Knapp & J. A. Daly (Eds.), *Handbook of interpersonal communication* (3rd ed., pp. 374–424). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1), 163-177.
- Bydlowski, C. R., Westphal, M. F. & Pereira, I. M. T. B. (2004). Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade*, 3(1), 14-24.

- Cambiaghi, S. (2007). *Desenho Universal: métodos e técnicas para arquitetos e urbanistas*. São Paulo: Editora Senac, 2007.
- Campos-de-Carvalho, M. I. (1993). Psicologia Ambiental - algumas considerações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9(2), 435-447.
- Cançado, F. A. X. (1996). Epidemiologia do envelhecimento. In: *Noções práticas de geriatria* (p. 16-43). São Paulo: COOPMED.
- Cantril, H. (1965). *The Pattern of Human Concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Capezuti, E., Boltz, M., Renz, S., Hoffman, D., & Norman, R. (2006). Nursing home involuntary relocation: Clinical outcomes and perceptions of residents and families. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7, 486-492.
- Caplan, G. (1974). *Support Systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.
- Carneiro, R. S. & Falcone, E. M. O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 119-126.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 229-237.
- Cassel, J., 1974. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Medicine*, 64:1040-1043.
- Cassel, J., 1976. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Medicine*, 104:107-123.
- Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*. 31 (2), 184-200.

- Charazac, P. (2004). A Dependência e a autonomia. In P. Charazac, *Introdução aos cuidados gerontopsiquiátricos* (pp. 59-74). Lisboa: Climepsi Editores.
- Chen, X. & M. Silverstein (2000). Intergenerational social support and the psychological well-being of older parents in China. *Research on Aging*, 22: 43-65. Recuperado em 12 de outubro, 2011, em <http://roa.sagepub.com/content/22/1/43>
- Cho, S. H., Lee, T. K. & Kim, J. T. (2010). Residents' satisfaction of indoor environmental quality in their old apartment homes, 20 (1), 16–25.
- Certeau, M., Giard, L. & Mayol, P. (1996). *A invenção do cotidiano*. Petrópolis: Vozes.
- Cobb, S. (1976). Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 1976; 38: 300-314.
- Cohen, J. (1988), *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (pp. 3–25). New York: Oxford University Press.
- Connidis, I. A. (1994). Sibling support in older age. *Journals of Gerontology*, 49(6), 309-317.
- Correia, T. B. (2004). *A construção do habitat moderno no Brasil - 1870-1950*. São Carlos: RiMa.
- Cress, M.E., Orini, S., Kinsler, L. (2011) Living Environment and Mobility of Older Adults. *Gerontology*, 57 (3) 287-294.
- Cumming, R. G., Thomas, M. M., Szonyi, G., Salkeld, G., O'Neill, E., Westbury, C., et al. (1999). Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: A randomised trial of falls prevention. *Journal of American Geriatrics Society*, 47, 1397-1402.

- Cunningham, M.R. (1988). What do you do when you're happy or blue? Mood, expectancies, and behavioral interest. *Motiv. Emot.* 12, 309–31.
- Danner, D., Snowdon, D. & Friesen, W. (2001). Positive emotion in early life and longevity: findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.
- Depp, C., & Jeste, D. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.
- Després, C. (1991). The meaning of home: literature review and directions for future research and theoretical development. *Journal of Architectural and Planning Research*, 8(2), 96-115.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008). Rethinking happiness: The science of psychological wealth. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2000). Very happy people. *Psychological Science*, 13, 81–84.
- Diener, E., & Tov, W. (2007). Subjective well-being and peace. *Journal of Social Issues*, 63, 421-440.
- DiPietro, L. (1996). The epidemiology of physical activity and physical function in older people. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 28, 596-600.

- Dovey, K. (1985) Home and homelessness. Em I. Altman & C.M. Werner (Orgs.), *Home Environments* (pp. 33-64). New York: Plenum Press.
- Elali, G. A. (2006). Mais do que paredes: algumas considerações sobre aspectos subjetivos da habitação. In: *Anais do II Congresso Brasileiro e Iberoamericano Habitação Social – Ciência e Tecnologia*. Florianópolis: UFSC.
- Erikson, E.H. (1998). *O Ciclo de Vida Completo*. Versão ampliada. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fan Ng, C. (1998). Canada as a new place: The immigrant's experience. *Journal of Environmental Psychology*, 18, 55-67.
- Fänge, A. & Iwarsson, S. (2003). Accessibility and usability in housing – construct validity and implications for research and practice. *Disability and Rehabilitation*. 25(23), 1316-1325.
- Fillenbaum, G. G., 1984. *The Well-Being Of The Elderly: Approaches To Multidimensional Assessment*. Geneva: World Health Organization.
- Filinson, R. (1993). The effect of age desegregation on environmental quality for elderly living in public/publicly subsidized housing. *Journal of Aging & Social Policy*, 5(3), 77-93.
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61B(1), 25-32.
- Folts, W. E. & Muir, K. B. (2002). Housing for Older Adults: New Lessons from the Past. *Research on Aging*, 24, 10-28.
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24, 511-521.

- Freud, S. (1930). Mal-estar na civilização. *Obras completas da Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago, XXI, 75-173.
- Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurology*, 3, 343-353.
- Gallant, M. P., Spitze, G. D. & Prohaska, T. R. (2007). Help or hindrance? How family and friends influence chronic illness self-management among older adults. *Research on Aging*, 29, 375-409.
- Giacominin, K. C.; Uchoa, E., Firmo, J., O. A. & Lima-Costa, M. F. (2005). Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad. Saúde Pública* [online], 21 (1), 80-91. Recuperado em 29 de outubro, 2011, em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100010&lng=en&nrm=iso
- Gilleard, C.; Hyde, M. & Higgs, P. (2007). The Impact of Age, Place, Aging in Place, and Attachment to Place on the Well-Being of the Over 50s in England. *Research on Aging*. 29(6), 590-605. Recuperado em 29 de abril, 2011, de <http://roa.sagepub.com/content/29/6/590>
- Giorgi, S., Padiglione, V., & Pontecorvo, C. (2007). Appropriations: Dynamics of domestic space negotiations in Italian middle-class working families. *Culture and Psychology*, 13, 147-178.
- Gitlin, L. N. (2003). Conducting research on home environments: Lessons learned and new directions. *The Gerontologist*, 43, 628-637.

- Gitlin, L. N., Miller, K. S. & Boyce, A. (1999). Bathroom modifications for frail elderly renters: outcomes of a community-based program. *Technology and Disability*, 10(3), 141-149.
- Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M., Corcoran, M., Schinfeld, S. & Hauck, W. (2006). A randomized trial of a multi-component home intervention to reduce functional difficulties in older adults. *The Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 809-816.
- Gitlin, L. N., Mann, W., Tomit, M. & Marcus, S. M. (2001). Factors associated with home environmental problems among community-living older people. *Disability and Rehabilitation*, 23 (17), 777-787.
- Gitlin, L. N. (2003). Conducting research on home environments: Lessons learned and new directions. *The Gerontologist*, 43, 628–637.
- Gitlin, L.N., Winter, L., Dennis, M.P., Hodgson, N., Hauck, W.W. (2010). A biobehavioral home-based intervention and the well-being of patients with dementia and their caregivers. *The Journal of the American Medical Association*, 304, 983-991.
- Golant, S. M. (1998). Changing an older person's shelter and care setting: A model to explain personal and environmental outcomes. In R. J. Scheidt & P. G. Windley (Eds.). *Environment and Aging Theory*. Westport (CT): Greenwood Press, pp 33-60.
- Goldsmith, D. J. (2004). *Communicating social support*. New York: Cambridge University Press.
- Gottlieb, B.H. (1981). *Social networks and social support*. Londres: Sage.
- Graham, C. and Sukhtankar, S. (2004). Does economic crisis reduce support for markets and democracy in Latin America? Some evidence from surveys of public opinion and well-being. *Journal of Latin American Studies* , 36, 349–77.

- Guedea, M.T.D. , Albuquerque, F.J.B., Tróccoli, B.T., Noriega, J.A.V., Seabra, M.A.B., & Guedea, R.L.D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 301-308.
- Guimarães, M. (1999). Acessibilidade ambiental para todos na escala qualitativa da cidade. *TOPOS - Revista de Arquitetura e Urbanismo*, 1(1), 35-47
- Gunn, B. (1988). Housing for an aging society. How relevant is age? *Housing and Society*, 15, 246–253.
- Hansen, E. B., & Gottschalk, G. (2006). What makes older people consider moving house and what makes them move? *Housing, Theory, and Society*, 23(1), 34-54.
- Hodgson, N., Freedman, V. A., Granger, D. A., & Emo, A. (2004). Biobehavioral correlates of relocation in the frail elderly: Salivary cortisol, affect, and cognitive function. *Journal of the American Geriatric Society*, 52, 1856-1862.
- House, J.S., Landis, H.R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- Huang, H. C. (2011). Factors influencing intention to move into senior housing. *Journal of Applied Gerontology* XX(X) 1–22. Recuperado em 29 de agosto, 2011, em <http://www.sagepub.com/10.1177/0733464810392225>
- IBGE. Censo Demográfico 2000. Recuperado em 13 de dezembro, 2008 de IBGE em <http://www.ibge.gov.br/censo/>
- Imbernón, F. (2000). A educação no século XXI: os desafios do futuro imediato. Porto Alegre: Artmed.
- Isen, A. M. (1987). Positive affect, cognitive processes, and social behavior. *Adv. Exp. Soc. Psychol.* 20, 203–53

- Ittelson, W. H., Proshansky, H. M., Rivlin, L. G., & Winkel, G. H. (1974). *An introduction to environmental psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Iwarsson, S., & Isacsson, A. (1998). ADL dependence in the elderly population living in the community: The influence of functional limitations and physical environmental demand. *Occupational Therapy International*, 5 (3), 173-193.
- Iwarsson, S., & Ståhl, A. (2003). Accessibility, usability and universal design - positioning and definition of concepts describing person-environment relationships. *Disability and Rehabilitation*. 25(2), 57-66.
- Jungers, C. M. (2010). Leaving home: an examination of late-life relocation among older adults. *Journal of Counseling and Development*, 88(4), 416-423. Recuperado em 12 de setembro, 2011, de <http://go.galegroup.com.ez54.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE%7CA237452264&v=2.1&u=capes58&it=r&p=AONE&sw=w>
- Kafetsios, K & Sideridis, G. (2006). Attachment, social support, and well being in younger and older adults. *Journal of Health Psychology*, 11, 6, 867-879.
- Kahana, E., Lovegreen, L., Kahana, B., and Kahana, M. (2003). Person, environment, and person-environment fit as influences on residential satisfaction of elders. *Environment and Behavior*, 35(1),1-20.
- Kampfe, C. M. (2002). Older adults' perceptions of residential relocation. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 41, 103-112. Recuperado em 12 de setembro, 2011 de <http://go.galegroup.com.ez54.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE%7CA89429980&v=2.1&u=capes58&it=r&p=AONE&sw=w>

- Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R. W., Jackson, B.A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *The Journal of the American Medical Association*, 185 (94).
- Khoury, H. T. T., & Günther, I. A. (2008). Ambiente de moradia e controle primário em idosos. *Paideia* (Ribeirao Preto), 18, 53-60.
- Kivett, V. (1988). Aging in a rural place: The elusive source of well-being. *Journal of Rural Studies*, 4, 125-32.
- Klein, H. A. (1993). Home satisfaction: Related health and psychological variables. *Journal of Applied Gerontology*, 12, 439-451.
- Krause, N., & Clark, B. (1994). Clarifying the functions of social support in later life. *Research on Aging*, 16(3), 251-279.
- Kruse, L. (2005). Compreendendo o ambiente em Psicologia Ambiental. *Psicol. USP*, São Paulo, 16, 1-2. Retirado em 07/07/2011 do Revista USP, http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772005000100006&lng=en&nrm=iso
- Lawrence, R. J. (1987). What makes a house a home? *Environment and Behavior*, Beverly Hills, 19(2), 154-168.
- Lawrence, R. J. (1990). The qualitative aspects of housing: a synthesis. *Building Research and Practice*, London, 18(2), 121-125.
- Lawrence, R. J. (2002). Healthy residential environments. Em R. B. Bechtel & A. Churchman (Eds.), *Handbook of environmental psychology*, (pp. 394-412). New York: Wiley.
- Lawton, M. P. (1977). The impact of the environment on aging and behavior. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 276–301). New York: Van Nostrand Reinhold.

- Lawton, M. P. (1980). Housing the elderly: Residential quality and residential satisfaction among the elderly. *Research on Aging*, 2, 309-328.
- Lawton, M. P. (1982). Competence, environmental press, and the adaptation of older people. Em M. P. Lawton, P. G. Windley, & T. O. Byerts (Eds.), *Aging and the environment* (pp. 33–59). New York: Springer.
- Lawton, M. P. (1985). Housing and living environments of older people. In R. H. Binstock & E. Shanas (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (2nd ed., pp. 450–478). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Lawton, M. P. (1987). Environment and the need satisfaction of the aging. In L. L. Carstensen & B. A. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 33–40). New York: Pergamon Press.
- Lawton, M. P. (1989). Environmental proactivity in older people. In V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *The course of later life* (pp. 15–23). New York: Springer.
- Lawton, M. P. (1991). Environment and aging: Theory revisited. In R. J. Scheidt & P. G. Windley (Eds.), *Environment and aging theory: A focus on housing* (pp. 1–31). Westport, CT: Greenwood Press.
- Lawton, M. P, Moss, M., Fulcomer, M & Kleban M.H. (1982). A research and service-oriented multilevel assessment instrument. *J Gerontol* 1982; 37:91-99.
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *Psychology of adult development and aging* (pp. 619–674). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lee, G. R., Netzer, J. K. and Coward, R. T. (1995). Depression among older parents: the role of intergenerational exchange. *Journal of Marriage and the Family*, 57 (3), 823–833.
- Recuperado em 12 de outubro, 2011, em <http://www.jstor.org/stable/353935>

- Levy-Storms, L., & Lubben, J. E. (2006). Network composition and health behaviours among older Samoan women. *Journal of Aging and Health*, 18, 814-836.
- Lewin, K. (1951). *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers*, New York: Harper and Bros.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. Em Lin, N.; Dean, A. & Ensel, W.M. (Eds.) *Social support, life events and depression*. Londres: Academic Press.
- Lin, N., Dean, A. & Ensel, W.M. (Eds.) (1989). *Social support, life events and depression*. Londres: Academic Press.
- Lin, N. & Ensel, W.M. (1989). Life Stress and Health: Stressors and Resources. *American Sociological Review*, 54(3), 382-399.
- Linneman, P. D., & Megbolugbe, I. F. (1993). Home ownership. *Urban Studies* 30(4-5), 659-682.
- Lino V.T.S., Pereira, S.R.M., Camacho, L. A. B., Filho, S. T. R., & Buksman, S. (2009). Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública* 2008;24 (1) 03-112.
- Lira, E. M. R. (2009). Por um significado da moradia...: um estudo de caso em Maceió-AL. Dissertação de Mestrado em Arquitetura e Urbanismo. Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. Maceió.
- Lord, S. R., Menz, H. B. & Sherrington, C. (2006). Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. *Age and Ageing*. 35, 55 – 59.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2003). Re-examining adaptation and the setpoint model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 527-539.

- Lutgendorf, S. K., Reimer, T. T., Harvey, J. H., Marks, G., Hong, S., Let, S., et al. (2001). Effects of housing relocation on immunocompetence and psychosocial functioning in older adults. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56, 95-105.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803–855.
- McAndrew, F. T. (1993). *Environmental psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Maddox, G. L. (2001). Housing and living arrangements; a transactional perspective. Em R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (5th ed., pp. 426–443). San Diego, CA: Academic Press.
- Maddox, G. L. (2003). Making a House a Home. *The Gerontologist*, 43 (6): 931-934.
- Mallet, S. (2004). Understanding home: A critical review of the literature. *The Sociological Review*, 52, 62–89.
- Marks, G. N., & Fleming, N. (1999). Influences and consequences of well-being among Australian young people: 1980-1995. *Social Indicators Research* 46, 301-323.
- Martucci, R. & Basso, A. (2002). Uma visão integrada da análise e avaliação de conjunto habitacionais: aspectos metodológicos da pós-ocupação e do desempenho tecnológico. Em: Abiko, A. K.; Ornstein, S. W. (Eds.) *Inserção urbana e avaliação pós-ocupação (APO) da habitação de interesse social* (pp.268-293), São Paulo, SP: FAUUSP.
- Matos, A.P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento duma escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 243-253.
- Menec, V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 58B, S74-S82.

- Micheal, Y. L., Colditz, G. A., Coakley, E., & Kawachi, I. (1999). Health behaviors, social networks, and healthy aging: Cross-sectional evidence from the Nurses' Health Study. *Quality of Life Research*, 8, 711-722.
- Minkler, M. & Fadem, P. (2002). "Successful Aging:"A Disability Perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 12(4), 229–235.
- Morgan, L. A.; & Kunkel, S. R. (2007). *Aging, Society and Life Course*. New York: Springer Publishing.
- Moos, R. H., Lemke, S. (1984). *Multiphasic Environmental Assessment Procedure: Preliminary Manual*. Palo Alto, CA: Social Ecology Laboratory, Stanford University and Veterans Administration Medical Center, Palo Alto.
- Neri, A. L. (1999). *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus.
- Neri, A. L., & Cachioni, M. (1999). Velhice bem-sucedida e educação. In A. L. Neri & G. G. Debert (Orgs.), *Velhice e sociedade* (pp.113-140). Campinas: Papirus
- Neri, M.C., Pinto, A., Soares W. & Costilla, H. (2003). *Retratos da deficiência no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS. 200p.
- Neri, M.C. & Soares, W.L. (2004). Idade, incapacidade e o número de pessoas com deficiência. *R. Brasileira Estudos Populacionais*, 21(2), 303-321.
- Nishita, C. M., Liebig, P. S., Pynoos, J., Perelman, L. & Spegal, K. (2007). Promoting Basic Accessibility in the Home. Analyzing Patterns in the Diffusion of Visitability Legislation. *Journal of Disability Policy Studies*. 18(1), 2–13.
- Nunn, T. L., Sweaney, A. L., Cude, B. J. & Hathcote, J. M. (2009). Consumer receptiveness to universal design features. *International Journal of Consumer Studies*, 33(1),11–19.
- Organização Mundial de Saúde. Brasília (1996). *Declaração de Brasília sobre o Envelhecimento*, 4 (21).

- Oswald, F., & Wahl, H.-W. (2004). Housing and health in later life. *Reviews of Environmental Health*, 19(3-4), 223-252.
- Oswald, F., Wahl, H.-W., Mollenkopf, H., & Schilling, O. (2003). Housing and life satisfaction of older adults in two rural regions in Germany. *Research on Aging*, 25(2), 122-143.
- Ozaki, R. (2002). Housing as a reflection of culture: Privatized living and privacy in England and Japan. *Housing Studies*, 17 (2), 209-227.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). Envelhecimento ativo: um Projeto de Saúde Pública. Em: *Anais do 2º Encontro Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento*; Madri, Espanha: OMS.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* (Suzana Montijo, trad.). Brasília, DF: Organização Pan-americana da Saúde.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento e Ambiente. In L. Soczka. (Org.), *Contextos Humanos e Psicologia Ambiental* (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 137-152
- Petrella, J.K. & Cress. M., E. (2004). Daily ambulation activity and task performance in community dwelling older adults aged 63-71 years with preclinical disability. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 59(3):264-7
- Pinheiro, J. Q. (1997). Psicologia Ambiental: a busca de um ambiente melhor. *Estudos de Psicologia*. 2, 2, 377-398.
- Pinquart, M., & Burmedi, D. (2004). Correlates of residential satisfaction in adulthood and old age: A meta-analysis. In H.-W. Wahl, R. Scheidt, & P. G. Windley (Eds.), *Aging in*

- context: Sociophysical environments (Annual Review of Gerontology and Geriatrics).* (pp. 195–222). New York: Springer.
- Pfromm Netto, S. (2007). Psicologia, psicologias: velhos e novos olhares. Algumas considerações sobre o passado, o presente e o futuro da psicologia como ciência, profissão e ensino. *Psicologia em Pesquisa*, 1 (1), 8-13.
- Prado, S. D. & Sayd, J. D. (2004). A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: pesquisadores, temas e tendências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3),763-772.
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2007). The use of social words in autobiographies and longevity. *Psychosomatic Medicine*, 69, 262-269.
- Proshansky, H. (1978). The self and the city. *Environment and Behavior*, 10 (2), 147-169.
- Proshansky, H., Fabian, A. K. & Kaminoff, R. (1983). Placeidentity: Physical world socialization of the self. *Journal of Environmental Psychology*, 3, 57-83.
- Pynoos, J. (1992). Linking federally assisted housing with services for frail older persons, *Journal of Aging and Social Policy* 4 (3&4), 157-177
- Pynoos, J., Cohen, E., Davis, L., & Bernhardt, S. (1987). Home modifications: Improvements that extend independence. Em V. Regnier & J. Pynoos (Eds.), *Housing the aged* (pp. 277–303). New York: Elsevier.
- Pynoos, J. (1993). Towards a national policy on home modification, *Technology and Disability*. 2 (4), 1-8.
- Pynoos, J., Angellei, J., & Tabbarah, M. (1998). Improving the delivery of home modifications. *Technology and Disability*, 8(1), 3-14.
- Pynoos, J., Hamburger, L., and June, A. (1990). *Supportive relationships in shared housing*, *Journal of Housing the Elderly*, 6 (1/2), 1-24.

- Pynoos, J., & Regnier, V. (1991). Improving residential environments for frail elderly: Bridging the gap between theory and application. Em J. E. Birren, J. E. Lubben, J. Pynoos, & C. Nishita, (2003). The Cost and Financing of Home Modifications in the United States. *Journal of Disability Policy Studies*, 14(2), 68-73.
- Pynoos, J. Nishita, C. and Perelman, L. (2003). Advances in home modifications: a tribute to Powell Lawton. *Journal of Housing and the Elderly*. 17 (1/2), 105-116.
- Pynoos, J. and Sanford, J. (2002). New tools for home modification. *The Case Manager*, 13 67-70.
- Pynoos, J., Sanford, J. and Rosenfelt, T. (2002). A team approach for home modifications. *OT Practice*. 7 (7), 15-19.
- Queroz, N. C. (2003). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia idade e velhice. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil.
- Queroz, N.C.; Neri, A.L. (2005). Bem-estar Psicológico e Inteligência Emocional entre Homens e Mulheres na Meia-idade e na Velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 292-299.
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (3), 793-798.
- Rapoport, A. (1985). Thinking about home environments: a conceptual framework. Em I. Altman & C.M. Werner (Orgs.), *Home Environments*. New York: Plenum Press.
- Rapoport, A. (1998). *Using culture in housing design*. *Housing and Society*, 25(1-2), 1-20.
- Reschovsky, J. D. (1990). Residential Immobility of the Elderly: An Empirical Investigation. *Journal of American Real Estate*, 18, 160–183.

- Riquelme, A. (1997). *Depresión en residencias geriátricas: Un estudio empírico*. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Rioux, L. (2005). The well-being of aging people living in their own homes. *Journal of Environmental Psychology*, 25, 231-243.
- Rubinstein, R. L., & De Medeiros, K. (2004). Ecology and the aging self. In H.-W. Wahl, R. J. Scheidt, & P. G. Windley (Eds.), *Aging in context: Socio-physical environments* (Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 2003) (pp. 59–84). New York: Springer.
- Rook, K. S. (1992). Detrimental aspects of social relationships: Taking stock of an emerging literature. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 157–169). Washington, DC: Hemisphere.
- Rook, K. S. (2009). Gaps in social support resources in later life: An adaptational challenge in need of further research. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26 (1), 103–112.
Recuperado em 12 de outubro, 2011, em
<http://sagepublications.com/10.1177/0265407509105525>
- Rosa, T. E. C.; Benício, M. H. D.; Alves, M. C. G. P. & Lebrão, M. L. (2007) Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], 23 (12), 2982-2992.
- Rosel, N. (2003). Aging in place: Knowing where you are. *The International Journal of Aging and Human Development*, 57, 77-90.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1987). Human aging: Usual and successful (physiological changes associated with aging). *Science*, 237, 143-147.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Royer, J. (1989). *Le dessin d'une maison : image de l'adaptation sociale de l'enfant*. France: EAP Editions.

- Rowe, J. & D. Deutchman, D. (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 91–119). San Diego: Academic Press.
- Røysamb, E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, T., Neale, M. & Harris, J. R. (2003). Happiness and Health: Environmental and Genetic Contributions to the Relationship Between Subjective Well-Being, Perceived Health, and Somatic Illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(6), , 1136-1146.
- Rubinstein, R. L. (1989). The home environments of older people: A description of the psychological process linking person to place. *Journal of Gerontology*, 44(2), 45–53.
- Rubinstein, R. L., & De Medeiros, K. (2004). Ecology and the aging self. In H. W. Wahl, R. J. Scheidt, & P. G. Windley (Eds.), *Aging in context: Socio-physical environments* (Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 2003) (pp. 59–84). New York: Springer.
- Rybczynski, W. (1999). *Casa, pequena história de uma idéia*. Rio de Janeiro: Record.
- Ryff, C. (1989). In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychological and Aging* 4, 195-210.
- Sabia, J. J. (2008). There's No Place Like Home. A Hazard Model Analysis of Aging in Place Among Older Homeowners in the PSID. *Research on Aging* , 30 (1) 3-35. Recuperado em 29 de agosto, 2011, em <http://roa.sagepub.com/content/30/1/3.full.pdf+html>
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (1994). Relationship-specific social support: Toward a model for the analysis of supportive interactions. In B. R. Burleson, T. L. Albrecht, & I. G. Sarason (Eds.), *Communication of social support: Messages, interactions, relationships, and community* (pp. 91–112). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schaefer, C., Coyne, J.C. & Lazarus, R.S. (1981). The Health Related Functions of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.

- Schwarz, B. (2003). M. Powell Lawton's Three Dilemmas in the Field of Environment and Aging. In R. J Scheidt and P.G. Windley (Eds.), *Physical Environments and Aging: Contributions of M. Powell Lawton to Theory and Practice*. New York, NY: Haworth Press, Inc.
- Silva, M. C. C. (2011). A casa: para além do morar, uma relação de sociabilidade. *Revista NUPEM*, Campo Mourão, 3(4), 103-113.
- Silverstein, M., Chen, X., & Heller., K. (1996) "Too much of a good thing? intergenerational social support and the psychological well-being of aging parents." *Journal of Marriage and the Family*, 58, 970-982. Recuperado em 12 de outubro, 2011, em <http://www.jstor.org/stable/353984>
- Silverstein, M. & Bengtson. V. L. (1994) "Does intergenerational social support influence the psychological well-being of older parents? The contingencies of declining health and widowhood." *Social Science and Medicine (Special Issue: Frailty and its Consequences)*, 38, 943-957.
- Sixsmith, J. (1986). The meaning of home: An exploratory study of environmental experience. *Journal of Environmental Psychology*, 6, 281–298.
- Sixsmith, A. J., & Sixsmith, J. A. (1991). Transition in home experience in later life. *Journal of Architectural and Planning Research*, 8 (3), 181–191.
- Sousa, L. & Figueiredo, D. (2003). (In)dependência na população idosa: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Psychologica*, 33, 109-122.
- Steinman, B.A Pynoos, J & Nguyen, A.Q.D. (2009). Fall risk in older adults: The role of self-rated vision, home modification, and limb function. *Journal of Aging and Health*, 21, 655-676

- Staw, B.M., Sutton, R. S., Pelled, L.H. (1994). Employee positive emotion and adorable outcomes at the workplace. *Organization Science*, 5(1) 51-70.
- Stoeckel, K. J. & Porell, F. (2010). Do Older Adults Anticipate Relocating? *Journal of Applied Gerontology*, 29(2), 231-250.
- Story, M. F. (2001). Principles of universal design. Chapter 10. In: W. F. E. Preiser, & E. Ostroff, *Universal Design Handbook* (chapter 10). New York: McGraw-Hill.
- Tabbarah, M., Silverstein, M., & Seeman, T. (2000). A health and demographic profile of noninstitutionalized older Americans residing in environments with home modifications. *Journal of Aging and Health*, 12, 204-228.
- Teixeira, A. & Oliveira, F. (2004). Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens. Recuperado em 7 de outubro, 2011, em http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/sicorde/Rel_Pesquisa.pdf
- Thanakwang, K. & Soonthorndhada, K. (2011). Aging Among Thai Community-Dwelling Elderly Mechanisms by Which Social Support Networks Influence Healthy. *J.Aging Health*, 23, 13-87. Recuperado em 23 de agosto, 2011, em <http://jah.sagepub.com/content/early/2011/08/23/0898264311418503>
- Thoits, PA & Hewitt, LN (2001) Volunteer work and well being. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 115-131.
- Tognoli, J. (1987). Residential environments. In D. Stokols & I. Altman (Eds.). *Handbook of environmental psychology* (vol. 1, pp. 655-690). New York: Wiley.
- Tomaka, J., Thompson, S., & Palacios, R. (2006). The Relation of Social Isolation, Loneliness, and Social Support to Disease Outcomes Among the Elderly. *Journal of Aging Health*, 18 (3), 359-384.

- Tov, W., & Diener, E. (2008). The well-being of nations: Linking together trust, cooperation, and democracy. In B. A. Sullivan, M. Snyder & J. L. Sullivan (Eds.). *Cooperation: The political psychology of effective human interaction* (pp. 323-342). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Trillos, J. (2007). Commentary: Dynamic Appropriations of Domestic Space. *Culture Psychology*, 13(2), 197-202. Recuperado 08 de agosto, 2010, em <http://cap.sagepub.com/content/13/2/197>
- Tuan, Y. (1983). *Espaço e lugar: a perspectiva da experiência*. SãoPaulo: DIFEL.
- United Nations. New York. (2002). *Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8-12 April 2002*.
- United Nations Population Fund. New York. (2007). *Urbanization: a majority in cities*. Recuperado em 26 de Junho, 2008, de www.unfpa.org/pds/urbanization.htm
- Vangelisti, A. L. (2009). Challenges in conceptualizing social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, 39-51.
- Vaux, A. (1988) – Social support: theory, research, and intervention. New York: Praeger, 1988.
- Vaux, A. (1992). Assessment of social support. In H. Viel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* . (193-216). New York:Hemisphere.
- Vaz Serra, A. (1999). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, v. 21, n. 4, p. 261-278, 2000.
- Veenhoven, R. (1996). Developments in Satisfaction Research. *Social Indicators Research*. 37, 1-46.

- Veras, R. P. (1992). *Considerações sobre desenhos de pesquisa para estudos com população idosa no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, p.1-13 (Série Estudos em Saúde Coletiva, nº19)
- Veras, R. (2001). Desafios e Conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e as suas necessárias transformações. In: Veras, R. P. (Org.). *Velhice numa perspectiva de futuro saudável* (p.11-31). Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*; 43(3):548-554.
- Verbrugge, L. M., Reoma, J. M., & Gruber-Baldini, A. M (1994). Short-term dynamics of disability and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 97-117.
- Verdugo, M. A., & Gutierrez-Bermejo, B. (1999). Promocion de la autonomia. In I. Montorio & M. Izal (Eds.). *Intervención psicológica en la vejez: Aplicaciones en la âmbito clínico y de la salud* (pp. 43-57). Madrid: Editorial Sintesis
- Wahl, H.-W., Weisman, G. D. (2003). Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: Reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *The Gerontologist*, 43, 616-627.
- Wahl , H., Fänge , A , Oswald , F., Gitlin , L.N.& Iwarsson , I. (2009). The Home Environment and Disability-Related Outcomes in Aging Individuals: What Is the Empirical Evidence? *The Gerontologist*, 49(3), 355–367.
- Walker, C., Curry, L. C. & Hogstel, M. O. (2007). Relocation stress syndrome in older adults transitioning from home to long term care facility: Myth or reality? *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45 (1), 38-47.
- Ward, R. A., Sherman, S. R., & LaGory, M. (1984). Subjective Network Assessments and Subjective Well-Being. *Journal of Gerontology*, 39(1), 93-101.

- Webber, S.C.; Porter, M.M. & Menec, V.H. (2010). Mobility in Older Adults: A Comprehensive Framework. *The Gerontologist*, 50(4), 443-450.
- Werner, C.M., Altman, I., & Oxley, D. (1985). Temporal aspects of home: A transactional perspective. In I. Altman & C.M. Werner (Eds.). *Home environments: Human behavior and the environment* (pp. 1-32). New York: Plenum Press.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Wiesenfeld, B.M. 1997. Procedural unfairness and layoff survivors: Self-threat and coping in the context of organizational change. *Social Justice Research*, 10, 225-239.
- Wiesenfeld, E. (2005). A Psicologia Ambiental e as Diversas Realidades Humanas *Psicologia USP*, 16(1/2), 53-69.
- Williams, P; Barclay, L & Schmied, V. (2004). Defining Social Support in Context: A Necessary Step in Improving Research, Intervention, and Practice. *Qualitative Health Research*, 4 (7), p. 942-960.
- Wills, T.A. (1985) Supportive Functions of Interpersonal Relationships. Em S. Cohen y S.L. Syme (Eds.) *Social Support and Health* (pp. 61-82). Nueva York: Academic Press.
- Wister, A. V. (1989). Environmental adaptation by persons in their later life. *Research on Aging*, 11, 267-291.
- Wong, L.L.R. & Carvalho, J.A (2006). O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *R. bras. Est. Pop.*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006
- Wright, C. L. & Inter-American Development Bank. (2001). Facilitando o transporte para todos. 1ª Ed. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. 92 p.

- Zimmer, Z., Natividad, J.N., Ofstedal, M.B. and Lin, H.S. 2002. Physical and mental health of the elderly. In A.I. Hermalin (Ed.), *The Well-Being of the Elderly in Asia: A Four-Country Comparative Study*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Zunzunegui, M. V., Kone, A., Johri, M., Beland, F., Wolfson, C., & Bergman, H. (2004). Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations aged 65. *Social Science & Medicine*, 58, 2069-2081.

ANEXO 1 – Instrumento do Estudo 2

Prezado (a) Sr.(a),

Convido você a participar de um estudo piloto para minha pesquisa em nível de doutoramento, que tem por objetivo avaliar a contribuição do lugar onde você vive para sua saúde e seu bem-estar, com perguntas que avaliam seu ambiente residencial, sua saúde e seu bem-estar. Este estudo tem fins acadêmicos, todos os dados são **sigilosos** e serão tratados de forma agrupada. A sua participação é **voluntária**, mas será muito apreciada.

Em primeiro lugar, gostaria de fazer algumas perguntas sobre seu ambiente residencial.

- 1) Há quanto anos você mora nessa cidade? ano (s)
- 2) Quantos anos você mora nesse bairro? _____ anos.
- 3) Há quanto tempo você mora (usa) em sua casa? _____ anos.
- 4) Seu domicílio é (propriedade):
 própria quitada própria financiada funcional
 alugada. Qual valor do seu aluguel? R\$ _____
 cedida: (filhos) (parentes) (Outros)
- 5) Você mora em:
 casa apartamento com elevador apartamento sem elevador
- 6) Dos seguintes itens, quantos você possui?
 _____ Cozinha _____ Quartos _____ Banheiros _____ Sala
 _____ Outros? _____
- 7) Que motivos te fariam mudar dessa casa:
 necessidade escolha Outros. Especifique o motivo:

- 8) Quem mora com você em sua casa?
 sozinho(a) com o cônjuge com o cônjuge e filhos
 filhos pais com a família de um filho
 outro(s): _____ (favor completar)
- 9) Que atividades você faz em casa?

- 10) Quais são as pessoas que freqüentam sua casa?

- 11) Quais os espaços mais utilizados em sua casa?

- 12) Quais os espaços que são pouco utilizados em sua casa?

- 13) Em minha casa, considerando seus espaços, atende as minhas necessidades?
 Não Sim.
- 14) Considerando o projeto original da casa, foram feitas alterações? Por exemplo, quarto transformado em sala?
 Não. Sim. Que(s) espaço(s) foi (ram) modificado(s)? _____

- XVI. circuito interno de segurança em casa ou edifício?..... 0 1
 XVII. algum tipo de segurança privada?..... 0 1

25) Como você avalia sua casa quanto a:	ÓTIMO	BOM	SATISFATÓRIO	RAZOÁVEL	PRECÁRIO	PÉSSIMO
a) Tamanho						
b) Privacidade						
c) Circulação (excesso de móveis) em casa						
d) Conforto						
e) Estética / decoração						
f) Poluição						
g) Barulho						

Agora, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde.

1) Em geral, você diria que sua saúde está (marque apenas uma opção):

- () Ótima () Boa () Não sei () Razoável () Ruim () Péssima

2) Pratica regularmente alguma atividade física?

- () não () sim. Qual? Quantas vezes por semana? _____

3) Você tem algum problema de saúde?

- () Não
 () Sim. () diabetes () hipertensão () problemas cardíacos
 () Outros. Quais? _____

4) Possui alguma limitação física?

- () não. ()

sim.

Qual? _____

5) Você caiu nos últimos anos?

- () não. () sim.

Qual foi o motivo da(s) queda(s)? _____

6) Em algumas dessa(s) queda(s) ocorreu uma fratura?

- () não. () sim.

Qual parte do corpo foi fraturada? _____

7) Você faz uso de alguma medicação?

- () não. () sim.

Quantos remédios geralmente faz uso?

8) Possui assistência médica privada?

- () não. () sim.

9) Possui assistência médica domiciliar?

- () não. () sim.

Em relação às atividades diárias que realiza diariamente, assinale a descrição que melhor se aplica a você. A palavra assistência significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.

1. Banho		
<input type="checkbox"/> NÃO recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho);	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como nas costas ou uma perna);	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo.

2. Vestir: pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fecho e cintos (caso use)		
<input type="checkbox"/> Pega suas roupas e se veste completamente sem assistência;	<input type="checkbox"/> Pegas as roupas e se veste se assistência, exceto para amarrar os sapatos;	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.

3. Ir ao banheiro: dirigi-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações.		
<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengalas, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã);	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite;	<input type="checkbox"/> NÃO vai ao banheiro para urinar ou evacuar.

4. Transferência		
<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador);	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio;	<input type="checkbox"/> Não sai da cama.

5. Continência		
<input type="checkbox"/> Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar;	<input type="checkbox"/> Tem “acidentes” ocasionais; (Acidentes = perdas urinárias ou fecais)	<input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina ou fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente;

6. Alimentação		
<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência;	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão;	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

Por favor, responda as seguintes questões de como você tem se sentido ultimamente. As questões são compostas de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Não há respostas certas ou erradas. O importante é que você seja o mais sincero possível. Leia cada item e depois escreva o número que expressa sua resposta no espaço ao lado da palavra, de acordo com a seguinte escala.

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Ultimamente tenho me sentido...

- | | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Aflito_____ | 17. Transtornado_____ | 33. Abatido_____ |
| 2. Alarmado_____ | 18. Animado_____ | 34. Amedrontado_____ |
| 3. Amável_____ | 19. Determinado_____ | 35. Aborrecido_____ |
| 4. Ativo_____ | 20. Chateado_____ | 36. Agressivo_____ |
| 5. Angustiado_____ | 21. Decidido_____ | 37. Estimulado_____ |
| 6. Agradável_____ | 22. Seguro_____ | 38. Incomodado_____ |
| 7. Alegre_____ | 23. Assustado_____ | 39. Bem_____ |
| 8. Apreensivo_____ | 24. Dinâmico_____ | 40. Nervoso_____ |
| 9. Preocupado_____ | 25. Engajado_____ | 41. Empolgado_____ |
| 10. Disposto_____ | 26. Produtivo_____ | 42. Vigoroso_____ |
| 11. Contente_____ | 27. Impaciente_____ | 43. Inspirado_____ |
| 12. Irritado_____ | 28. Receoso_____ | 44. Tenso_____ |
| 13. Deprimido_____ | 29. Entusiasmado_____ | 45. Triste_____ |
| 14. Interessado_____ | 30. Desanimado_____ | 46. Agitado_____ |
| 15. Entediado_____ | 31. Ansioso_____ | 47. Envergonhado_____ |
| 16. Atento_____ | 32. Indeciso_____ | |

Agora você encontrará algumas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida. Por favor, para cada afirmação, marque com um X o número que expressa o mais fielmente possível sua opinião sobre sua vida atual. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é a sua sinceridade.

1 Discordo Plenamente	2 Discordo	3 Não sei	4 Concordo	5 Concordo Plenamente
48. Estou satisfeito com minha vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
49. Tenho aproveitado as oportunidades da vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
50. Avalio minha vida de forma positiva				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
51. Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal de vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
52. Mudaria meu passado se eu pudesse				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
53. Tenho conseguido tudo o que esperava da vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
54. Estou satisfeito com o relacionamento com as pessoas que moram comigo.....				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
55. A minha vida está de acordo com o que desejo para mim				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
56. Gosto da minha vida.....				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
57. Me sinto feliz quando estou em casa				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
58. Minha vida está ruim				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
59. Estou insatisfeito com minha vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
60. Minha vida poderia estar melhor				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
61. Estou satisfeito com o relacionamento que tenho com meus amigos				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
62. Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
63. Me sinto infeliz quando estou em casa.....				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
64. Me sinto satisfeito com o relacionamentos que tenho com meus vizinhos.....				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
65. Minha vida é “sem graça”				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
66. Minhas condições de vida são muito boas				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
67. Considero-me uma pessoa feliz				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
68. Estou satisfeito com o lugar onde vivo.....				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_

Para cada afirmação, escolha o número que melhor representa o seu modo de pensar sobre si mesmo e faça um X em cima do número no quadrinho correspondente. Assim:

1=representa pouquíssimo; 2 =representa pouco; 3 = representa mais ou menos;
4 = representa muito e 5 = representa muitíssimo.

	Pouquíssimo	Pouco	Mais ou Menos	Muito	Muitíssimo
1. Eu tenho coragem de dar minhas opiniões, mesmo que elas sejam contrárias às dos outros.	1	2	3	4	5
2. Eu me sinto dono (a) da minha própria vida	1	2	3	4	5
3. Eu consigo enfrentar com vigor e coragem os problemas do dia - a - dia.	1	2	3	4	5
4. Eu acho importante ter novas experiências porque elas me fazem pensar sobre mim mesmo e me ajudam a compreender melhor os fatos da vida.	1	2	3	4	5
5. À medida que o tempo passa eu acho que estou cada vez melhor como pessoa	1	2	3	4	5
6. Os outros me descrevem como uma pessoa generosa, pronta a compartilhar suas experiências.	1	2	3	4	5
7. Quando eu olho para traz e avalio a minha vida eu fico feliz em perceber que tudo deu certo.	1	2	3	4	5
8. Eu gosto de vários aspectos da minha personalidade.	1	2	3	4	5
9. Eu decido por mim mesmo e por aquilo que acho certo, e não pelas opiniões dos outros.	1	2	3	4	5
10. Eu consigo dar conta de várias responsabilidades da minha vida cotidiana.	1	2	3	4	5
11. Eu sinto que a minha vida tem sido um contínuo processo de mudança, aprendizagem e crescimento.	1	2	3	4	5
12. Eu tenho vários motivos para me sentir satisfeito (a) com minhas realizações na vida.	1	2	3	4	5
13. Eu vivo no presente, ou seja, não fico pensando muito no futuro.	1	2	3	4	5
14. É fácil e prazeroso para mim manter relações de proximidade afetiva.	1	2	3	4	5
15. Eu tenho tendência a ser influenciado (a) por pessoas que tem opiniões fortes.	1	2	3	4	5

	Pouquíssimo	Pouco	Mais ou Menos	Muito	Muitíssimo
16. Eu sei que posso confiar em meus amigos e meus amigos sabem que podem confiar em mim	1	2	3	4	5
17. Eu sou uma pessoa que caminha com confiança pela vida.	1	2	3	4	5
18. Eu acho que ainda tenho muitas coisas a fazer na vida.	1	2	3	4	5
19. Os outros dizem que eu sou uma pessoa muito produtiva.	1	2	3	4	5
20. Eu sinto que tenho obrigação de passar adiante a minha experiência e os meus conhecimentos.	1	2	3	4	5
21. Eu sinto que tenho deixado a minha marca na vida de várias pessoas	1	2	3	4	5
22. Eu acho que a sociedade é responsável pelo destino das pessoas carentes.	1	2	3	4	5
23. Eu penso que as pessoas que se preocupam com a salvação de espécies em extinção ou com a preservação de documentos e prédios antigos dedicam-se a essas atividades por que não têm nada mais importante a fazer da vida.	1	2	3	4	5
24. Eu acho que sou necessário (a) na vida de várias pessoas.	1	2	3	4	5
25. Eu acho que quando eu for velho eu vou me recolher à vida privada, pois não terei mais compromisso de produzir para a sociedade.	1	2	3	4	5
26. Muita gente me procura para pedir orientação e conselhos.	1	2	3	4	5
27. As pessoas dizem que eu tenho feito contribuições criativas à sociedade.	1	2	3	4	5
28. Eu prefiro não me envolver com novos projetos e idéias.	1	2	3	4	5
29. Depois que eu morrer eu gostaria de ser lembrado pelas minhas ações e contribuições à sociedade.	1	2	3	4	5
30. Eu acho que ensinar é uma das coisas mais lindas que existem	1	2	3	4	5

Finalmente, gostaria de fazer algumas perguntas a respeito de suas relações sociais - família, amizades, vizinhos - e a respeito de recursos que você costuma usar em sua comunidade.

Se precisar, você tem com quem contar (pessoas que podem te apoiar, caso necessário)?

não.

sim. Quem são essas pessoas? _____

Você tem companheiro(a) / cônjuge?

Sim.

Não.

Nunca teve.

Separado (a). Desde quando? _____

Viúvo (a). Desde quando? _____

Quantos? _____ filhos _____ netos _____ bisnetos

Eles visitam você? _____

Com que frequência eles visitam você?

Em relação às amizades. Você:

não tem amigos. tem poucos amigos. tem muitos amigos.

Que tipo de atividades você costuma fazer junto com seus amigos?

Com que frequência vocês fazem tais atividades?

Com quem costuma sair?

Para onde você costuma ir?

Você sai sozinho? sim. não.

pega ônibus. dirige automóvel. de carro, dirigido por outra pessoa.

Há alguém que lhe ajuda a fazer algumas tarefas como limpeza arrumação da casa, vestir - se, por exemplo, quando você precisa?

Não.

Sim. Quem lhe ajuda? _____

