

## Percepção da autonomia de idosos longevos e sua relação com fatores sociodemográficos e funcionais

*Perceived enactment of autonomy in oldest old and its relation to sociodemographic and functional factors*

Juliana Hotta Ansai  
Celise Tiemi Nakagawa Sera

**RESUMO:** Trata-se de um estudo descritivo para verificar a percepção da autonomia de 50 idosos longevos ambulatoriais e os fatores sociodemográficos e funcionais associados. Foram coletados dados sociodemográficos, caracterização do cuidar, funcionalidade e percepção de autonomia. Os voluntários demonstraram alto grau de percepção de autonomia, a qual se correlacionou de forma significativa somente com a funcionalidade. Os profissionais devem ajudar os idosos a reconhecer e trabalhar com suas escolhas, além de respeitá-las durante suas intervenções.

**Palavras-chave:** Idoso de 80 anos ou mais; Autonomia pessoal; Atividades cotidianas.

**ABSTRACT:** *This is a descriptive study that aimed to determine the perceived enactment of autonomy in 50 ambulatory oldest old and its relation to sociodemographic and functional factors. Demographic data, characteristics of care, functional status and perceived of autonomy were collected. The volunteers demonstrated a high degree of perceiver of autonomy, which was significantly correlated only with functional status. Health professionals should help elderly to work with their own choices and respect elders` choices during their interventions.*

**Keywords:** *Aged; 80 and over; Personal autonomy; Activities of daily living.*

## Introdução

O Brasil apresenta uma das maiores taxas de crescimento da população idosa, em especial de idosos acima de 80 anos. Em 2025, há a previsão de ter 32 milhões de idosos no país, o que o levaria ao sexto lugar no mundo em relação ao número de idosos na população. Com o avançar da idade, há a prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, as quais acarretam perda de autonomia e independência e dificuldades de adaptação do idoso ao mundo moderno (Ramos, 2006; Menezes & Lopes, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), o envelhecimento ativo é definido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida ao longo do envelhecer. Permite que as pessoas percebam seu potencial quanto ao bem-estar físico, social e mental e participem da sociedade, de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades. Manter a autonomia e independência durante o envelhecimento torna-se meta fundamental para indivíduos e governantes.

Segundo Jacelon (2004), a autonomia significa a liberdade e a capacidade de o indivíduo agir por conta própria, incluindo aspectos de comportamento, decisões e cursos de ação. Difere da independência, pois esta última é definida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária (OMS, 2005). Há evidências de que a autonomia é importante na qualidade de vida de idosos institucionalizados e os que vivem no lar (Oleson, Heading, Shadick & Bistodeau, 1994; Ford, Haug, Stange, Gaines, Noelker & Jones, 2000), o que a torna um foco em cuidados de saúde. Assim, os profissionais de saúde devem trabalhar melhor com os idosos e suas famílias o sentido da autonomia, a fim de preservar e promover o autocuidado e a qualidade de vida (Hwang & Lin, 2004).

A percepção do idoso sobre seu estado de saúde mostra-se como um indicador relevante de seu bem-estar (Joia, Ruiz & Donalísio, 2008) e útil para avaliar a qualidade de vida, morbidade, declínio físico e mortalidade (Idler & Benyamini, 1997). Fonseca, Firmo, Filho & Uchôa (2010) estudaram os significados atribuídos à autoavaliação da saúde em idosos e verificaram que a saúde é entendida não só pela autonomia para exercer suas habilidades funcionais, mas também pelo desempenho de papéis sociais e familiares. Os idosos oscilam entre os sentimentos de confiança e receio de suas capacidades. Contudo, para eles, o cumprimento de seu papel, mesmo na presença de mudanças resultantes da idade, significa manter a integridade de sua identidade pessoal. Assim, para definir sua saúde como

boa, o idoso não é caracterizado como alguém livre de doenças, mas capaz de agir sobre o seu ambiente.

A teoria de enfermagem *Modeling and Role-modeling* (MRM) assume a importância de entender a perspectiva individual de cada pessoa. Segundo a teoria, o indivíduo pode perceber-se como autônomo e simultaneamente confiar em outras pessoas. Nessa perspectiva, os idosos reconhecem o que interfere com a saúde e o que é necessário para restaurá-la. O modelo descreve três aspectos de autocuidado: o conhecimento, seus recursos e as ações. O conhecimento de autocuidado assume que cada pessoa compreende o que promove crescimento e saúde. Seus recursos podem ser internos, como a funcionalidade, idade, atitudes e experiências, e externos, como suporte social, arranjo familiar e status socioeconômico. As ações de autocuidado incorporam a mobilização de conhecimentos e recursos para influenciar na saúde holística (Hertz & Anschutz, 2002).

Hertz (1996) desenvolveu a escala *Perceived Enactment of Autonomy* (PEA), com o objetivo de avaliar o potencial de ação de autocuidado da teoria MRM. A escala auto-relatada foi desenvolvida especificamente para idosos. Ela permite medir a percepção da capacidade de escolher um curso de ação por conta própria, a fim de atender às necessidades de independência e dependência (Burnside, Sally & Hertz, 1998).

Conceitualmente, a capacidade de agir de maneira autônoma está relacionada a fatores interpessoais, situacionais e ambientais, assim como diversos indicadores de saúde (Hertz & Anschutz, 2002). Nos idosos, os indicadores de saúde, subjetivos e objetivos, incluem características da população, economia, status de saúde como capacidades funcionais, atividades e percepção de bem-estar ou moral, riscos de saúde, comportamentos e cuidados de saúde (Hyattsville, 2000).

Há na literatura alguns estudos que correlacionam a PEA com a capacidade funcional do idoso, através do instrumento Índice de Barthel (BI) (Matsui & Capezuti, 2008; Hwang, Lin, Tung & Wu, 2006). O BI apresenta forte confiabilidade entre avaliadores e teste-reteste, assim como altas correlações com outras medidas de capacidade funcional (Mahoney & Barthel, 1965).

Apesar de existirem pesquisas sobre a PEA e sua relação com dados sociodemográficos e habilidades funcionais (Hertz & Anschutz, 2002; Hwang & Lin, 2004; Matsui & Capezuti, 2008; Hwang, Lin, Tung & Wu, 2006; Hwang & Lin, 2003), há uma carência de estudos sobre os dados fornecidos pela mesma em idosos brasileiros, os quais são importantes na avaliação do autocuidado. Ainda há a necessidade de ampliação de conhecimentos na área de atenção à saúde do idoso longevo no Brasil, a fim de possibilitar

aos profissionais de saúde uma melhor atuação com vistas à promoção da saúde e prevenção de doenças e incapacidades (Menezes & Lopes, 2009).

O objetivo do estudo foi verificar a percepção da autonomia de idosos longevos e sua associação com fatores sociodemográficos e funcionais, considerados recursos importantes de autocuidado, em um Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

## **Método**

Trata-se de um estudo descritivo e correlacional, que constou de idosos longevos assistidos pelo serviço de Geriatria do HC-FMUSP (São Paulo-SP), ex-participantes do Grupo de Atendimento Multidisciplinar do Idoso Ambulatorial (GAMIA). O GAMIA é um programa desenvolvido desde 1984, com o objetivo de promover a saúde do idoso a partir da conscientização das alterações decorrentes do envelhecimento. É composto por uma equipe multidisciplinar e desenvolvido em um período de um ano para um grupo de 30 idosos, renovados anualmente.

Para os critérios de inclusão, foram considerados: idade superior ou igual a 80 anos e disposição em participar do estudo. Idosos com pontuação no mini-exame do estado mental (MMSE) abaixo da nota de corte designada por nível de escolaridade foram excluídos do estudo (Herrera, Caramelli, Silveira, Silveira & Nitrini, 2002).

Os dados sociodemográficos, diagnóstico médico, caracterização do cuidar e pontuação no MMSE, foram coletados por meio de um breve questionário e entrevista com o próprio voluntário.

Para a avaliação funcional, utilizou-se o BI, o qual mede o grau de dependência funcional em 10 itens de mobilidade e atividades de vida diária. A pontuação varia de 0 a 100, sendo que maiores pontuações estão relacionadas a melhores desempenhos funcionais (Mahoney & Barthel, 1965).

A percepção da autonomia foi avaliada por um questionário estruturado pela PEA, já que não há ainda uma versão brasileira da escala. A PEA é composta por 31 itens, com três subescalas: voluntariedade (capacidade de escolher livremente um curso de ação e ter acesso a informação e recursos), individualidade (reconhecer necessidades pessoais e objetivos) e autodireção (ter controle e guiar seu próprio destino) (Hertz & Anschutz, 2002). Cada item é pontuado entre 1 e 4, com altas pontuações indicando um bom nível de PEA (Hertz, 1996). O

uso da escala teve a anuência do autor, conforme resposta por correio eletrônico. Todos os participantes foram acompanhados pelo mesmo pesquisador para responder ao questionário.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP (CAPPesq). Após a aprovação, foram selecionados os idosos pertencentes do ambulatório de Geriatria aptos a participar do estudo. Para os idosos que aceitaram participar, foram explicados os objetivos da pesquisa e entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a assinatura do TCLE, os dados foram coletados através de entrevista com o voluntário por apenas um avaliador, a fim de evitar variações de interpretação.

Os dados foram analisados através do software SAS, versão 9.1. Utilizou-se análise descritiva para verificar a prevalência da percepção de autonomia nos participantes. A análise de regressão linear múltipla determinou quais fatores significativamente afetaram a PEA nesta amostra.

## **Resultados**

### *Características dos Sujeitos*

De 409 ex-participantes do GAMIA assistidos pelo Ambulatório, 171 tinham mais de 80 anos. Destes, seis pacientes haviam falecido; seis não eram mais pacientes do Ambulatório; quatro negaram-se a participar do estudo; um paciente não falava/lia em português; cinco não passaram no MEEM; 39 relataram impossibilidade de vir ao local (devido à demência avançada, dificuldade física, viagem, trabalho ou moradia em casa de repouso); quatro faltaram consecutivamente nos dias de avaliação; e, em 56 pacientes, não houve resposta nas tentativas por contato telefônico e pessoalmente nas consultas médicas. Assim, foram avaliados 50 pacientes no total.

A média de anos, após a entrada no GAMIA, foi de  $11,1 \pm 4,5$  anos. Todos os voluntários moravam em São Paulo, exceto quatro idosos, que moravam em cidades próximas. Apenas três idosos tinham cuidadores, os quais todos eram do sexo feminino, acima de 60 anos, tipo informal, e com tempo de cuidado de um a dois anos.

Como ilustrado nas tabelas 1 e 2, a maioria dos participantes eram mulheres (78%), viúvos (58%), e haviam estudado de 4 a 7 anos (46%). 42% moravam sozinhos/outros, enquanto 40% moravam com família, e 18% somente com esposo(a)/companheiro(a).

<b>Item</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Gênero		
Feminino	39	78
Masculino	11	22
Estado Civil (EC)		
Casado	13	26
Solteiro	6	12
Separado/Divorciado	2	4
Viúvo	29	58
Escolaridade		
Analfabeto	1	2
1 a 3 anos	14	28
4 a 7 anos	23	46
8 anos ou mais	12	24
Arranjo do Lar (AL)		
Mora sozinho/Outros	21	42
Mora só com esposo(a)/companheiro(a)	9	18
Mora com família	20	40

Tabela 1. Dados Sociodemográficos dos Sujeitos (n=50)

A média de idade foi de  $83,94 \pm 2,06$  e Índice de Barthel de  $93,9 \pm 6,09$ , indicando boa funcionalidade.

<b>Item</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Idade	83,94	2,72	80	93
BI	93,9	7,97	65	100

Tabela 2. Dados Sociodemográficos (n=50)

M: Média, DP: Desvio Padrão.

### ***Percepção de Autonomia***

O tempo médio para responder à PEA foi de  $12,93 \pm 5,22$  minutos. Os voluntários demonstraram uma percepção de autonomia positiva, com pontuação da PEA-total, variando de 78 a 123 ( $M \pm DP = 111,54 \pm 9,22$ ). Entre as três subescalas da PEA, os voluntários tiveram

maiores pontuações em Auto-direção (M/item=3,62), seguida de Voluntariedade (M/item=3,59) e Individualidade (M/item=3,58) (tabela 3).

Fatores	Itens	Mínimo	Máximo	M (M/item)	DP
PEA-Voluntariedade	9	22	36	32,34 (3,59)	2,78
PEA-Individualidade	13	31	52	46,54 (3,58)	5,21
PEA-Auto-direção	9	25	36	32,66 (3,62)	3,14
PEA-total	31	78	123	111,54 (3,59)	9,22

Tabela 3. Distribuição da Pontuação da PEA (n=50)

### *Influência dos recursos de autocuidado na PEA*

Através da análise de regressão múltipla, foram verificados quais fatores, sociodemográficos e funcionais, eram significativamente associados com a PEA. A única variável que influenciou na PEA foi a funcionalidade. Assim, quanto mais alta a pontuação no BI, maior a percepção de autonomia do indivíduo (Tabela 4).

Recursos	B	T	Valor de p
Idade	0,2068	0,43	0,6683
Gênero	-1,2058	-0,29	0,7737
Estado civil	0,9170	0,74	0,4639
Escolaridade	0,4183	0,26	0,7990
Arranjo do lar	-0,8503	-0,59	0,5562
BI	0,5352	3,09	0,0035*

Tabela 4. Preditores da PEA através da Regressão Múltipla (n=50)

$R^2 = 0,25$ ,  $R^2_{ajustado} = 0,14$ , \*  $p < 0,05$ .  $PEA = 43,1678 + 0,2068 \text{ Idade} - 1,2058 \text{ Gênero} + 0,9179 \text{ EC} + 0,4183 \text{ Escolaridade} - 0,8503 \text{ AL} + 0,5352 \text{ BI}$

### **Discussão**

O estudo obteve um nível de percepção de autonomia alto, mesmo com uma população mais idosa (M=83,94), com resultados semelhantes aos encontrados em outros estudos com idosos da comunidade (Hwang & Lin, 2004; Hertz & Anschutz, 2002; Matsui &

Capezuti, 2008; Mowad, 2004) e superiores a trabalhos que envolveram idosos institucionalizados (Hertz & Anschutz, 2002; Hwang, Lin, Tung & Wu, 2006; Hwang & Lin, 2003). Entre as três subescalas da PEA, a Autodireção apresentou a maior pontuação (M/item), prevalência vista em outros estudos sobre a PEA (Matsui & Capezuti, 2008; Hwang, Lin, Tung & Wu, 2006; Hwang & Lin, 2003). Segundo Hwang & Lin (2003), os idosos institucionalizados tendem a não reconhecer escolhas e recursos suficientes ao seu redor, mas percebem suas limitações, o que os leva a não agir por eles próprios. Ainda os desejos dos residentes a respeito de decisões de cuidado de saúde são frequentemente ignorados em favor de políticas que visam a proteger a institucionalização. Proot, Crebolder, Abu-Saad, Macor & Meulen (2000) verificaram que, em casas de longa permanência, o ambiente não familiar, as rotinas de cuidado, a falta de informação e as visitas raras de família podem alterar a autonomia dos pacientes. É uma importante tarefa para os profissionais de saúde apoiar e habilitar residentes a fazer escolhas sobre suas rotinas diárias, de acordo com seus interesses intrínsecos e valores, além de planejar suas intervenções por meio desta base (Andresen, Runge, Hoff & Puggaard, 2009).

No presente estudo, assim como em outros artigos (Matsui & Capezuti, 2008; Hwang, Lin, Tung & Wu, 2006; Hwang & Lin, 2003), a idade não foi um bom preditor para a PEA. Já Hwang & Lin (2004) e Hertz & Anschutz (2002) encontraram que a idade foi negativamente associada à PEA. Conforme a pessoa envelhece, há o aumento da dependência nas atividades de vida diárias e assim maior risco de perder a capacidade de agir de forma autônoma. Ford, Haug, Stange, Gaines, Noelker & Jones (2000) mostraram que a independência funcional é significativamente associada a idosos mais novos, os quais apresentam menos doenças crônicas. Apesar de o estudo utilizar uma amostra mais velha (M=83,94) que outros artigos relacionados à PEA, a funcionalidade manteve-se boa (BI: M=93,9±6,09), o que poderia explicar a não associação da idade com a PEA, além do fato de o tamanho da amostra ser baixo (n=50). Mais estudos são necessários para determinar a consistência de tal relação.

A funcionalidade, avaliada através do BI, foi o único preditor de autonomia neste estudo. Esta associação ocorreu também no estudo de Hwang, Lin, Tung & Wu (2006). Na China, foi verificado que a necessidade de assistência em atividades de vida diária é um forte preditor para a autonomia, sendo que, quanto maior a necessidade, maiores pontuações na PEA (Hwang & Lin, 2004; Hwang & Lin, 2003). Matsui & Capezuti (2008) demonstraram que o status funcional (BI) associou-se à PEA apenas na análise univariada, mas não na análise de regressão múltipla. Contudo, os autores utilizaram uma população proveniente de seis centros de idosos de Manhattan, os quais forneciam serviços de assistência médica individual,



refeições, educação em saúde e recreação, além de haver idosos mais jovens ( $M=76,4$ ) e a maioria (74,3%), morando sozinho. Um estudo qualitativo com 20 idosos institucionalizados mostrou que os residentes consideram a mobilidade como um meio de liberdade, escolha e independência e essencial para qualidade de vida e bem-estar (Bourret, Bernick, Cott & Kontos, 2002).

Molina, Mayorga, Galán e Gala (2011) realizaram uma revisão sobre experiências de promoção de autonomia para idosos na Espanha. Segundo os autores, a autonomia deveria ser promovida através de intervenções que melhorem as funções físicas, cognitivas, sociais e psicoafetivas. Além disso, devem-se eliminar barreiras que comprometam uma vida independente, incluindo atuações de âmbito pessoal (como ajudas técnicas e podologia), ambiental (como adaptações no lar, projetos de “cidade amiga do idoso” e serviços de comida) e uso de tecnologias de informação e comunicação. Os autores citam, como parte de programas de promoção de autonomia, a atividade física regular, a qual potencializa a capacidade funcional, a saúde mental, favorece contatos sociais, sentimentos de satisfação e felicidade e gera maior independência (Zunzunegui & Béland, 2010). Para implantação de um programa com tal finalidade, é necessário analisar as necessidades prévias da população específica, levar em conta diferentes aspectos socioculturais e ter a cooperação de distintos setores de saúde, a fim de alcançar alto grau de sensibilização e tomada de consciência nos idosos.

O presente estudo teve como importância mostrar o grau de percepção de autonomia em uma população específica brasileira, além de sua relação com fatores de autocuidado, dada a carência de pesquisas no país que avaliem a autonomia de forma quantitativa. Além disso, utilizou-se uma população de idosos longevos, a qual requer mais conhecimentos na área de atenção à saúde. Contudo, o trabalho apresenta algumas limitações, como o tamanho da amostra, baixo, não sendo possível verificar significância em algumas análises. Os resultados não podem ser generalizados para os idosos da comunidade no Brasil, já que foi utilizada uma população específica acima de 80 anos. As avaliações foram realizadas em diferentes lugares no Hospital das Clínicas, o que pode ter dificultado a atenção durante a entrevista, comprometendo a confiabilidade das respostas. Mais pesquisas no país que explorem a percepção de autonomia de idosos são necessárias para comparar com os resultados encontrados, com diferentes populações e regiões. Devem-se, ainda, explorar fatores que podem estar associados com a PEA, como suporte social, atitudes de vida, qualidade de vida, entre outros.

## Conclusão

A autonomia é um foco importante na atenção à saúde do idoso, à medida que se busca preservar e promover o autocuidado, a qualidade de vida e o envelhecimento ativo. O trabalho identificou boa percepção de autonomia em uma população longeva atendida no setor de Geriatria de um hospital público, além de verificar associação da autonomia com a funcionalidade.

Mais conhecimentos precisam ser ampliados para verificar qual o grau de autonomia e os fatores associados na população brasileira, além de mais pesquisas na área de atenção à saúde do idoso longevo. A ampliação de conhecimentos sobre instrumentos de avaliação da autonomia é necessária, a fim de verificar necessidades reais dos idosos e adequar propostas de promoção de saúde. O presente estudo e futuras pesquisas ligadas poderão contribuir para melhores estratégias de tratamento e relação com idosos em diferentes serviços.

## Referências

- Andresen, M., Runge, U., Hoff, M. & Puggaard, L. (2009). Perceived autonomy and activity choices among physically disabled older people in nursing home settings: a randomized trial. *J Aging Health, 21*(8), 1133-1158.
- Bourret, E.M., Bernick, L.G., Cott, C.A. & Kontos, P.C. (2002). The meaning of mobility for residents and staff in long-term care facilities. *J Adv Nurs, 37*(4), 338-345.
- Burnside, I., Sally, S. & Hertz, J.E. (1998). Research Instrumentation and Elderly Subjects. *J Nurs Holarship, 30*(2), 185-190.
- Fonseca, M.C., Firmo, J.O., Filho, A.I. & Uchôa, E. (2010). Role of autonomy in self-assessment of health by the elderly. *Rev Saúde Públ, 44*(1), 1-6.
- Ford, A.B., Haug, M.R., Stange, K.C., Gaines, A.D., Noelker, L.C. & Jones, P.K. (2000). Sustained personal autonomy: a measure of successful aging. *J Aging Health, 12*, 470-489.
- Herrera, J.R., Caramelli, P., Silveira, P., Silveira, A.S. & Nitrini, R. (2002). Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord, 16*, 103-108.
- Hertz, J.E. (1996). Conceptualization of perceived enactment of autonomy in the elderly. *Issues in Ment Health Nurs, 17*(3), 261-273.
- Hertz, J.E. & Anschutz, C.A. (2002). Relationships among perceived enactment of autonomy, self-care, and holistic health in community-dwelling older adults. *J Holist Nurs, 20*., 166-186.
- Hwang, H.L. & Lin, H.S. (2004). Perceived enactment of autonomy and related sociodemographic factors among non-institutionalized elders. *Med Sci, 20*, 166-173.

- Hwang, H.L. & Lin, H.S. (2003). Perceived enactment of autonomy and related factors among elders. *J Nurs Res*, 11(4), 277-286.
- Hwang, H.L., Lin, H.S., Tung, Y.L. & Wu, H.C. (2006). Correlates of perceived autonomy elders in a senior citizen home: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*, 43, 429-437.
- Hyattsville, M.D. (2000). Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. *Older Americans 2000: Key indicators of well-being*.
- Idler, E.L. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Health Soc Behav*, 38(1), 21-37.
- Jacelon, C.S. (2004). Older adults and autonomy in acute care increasing patients' independence and control during hospitalization. *J Gerontol Nurs*, 30(11), 29-36.
- Joia, L.C., Ruiz, T. & Donalísio, M.R. (2008). Grau de satisfação com a saúde entre idosos do município de Botucatu, estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 17(3), 187-194.
- Mahoney, F.I. & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*, 14, 61-65.
- Matsui, M. & Capezuti, E. (2008). Perceived autonomy and self-care resources among senior center users. *Geriatr Nurs*, 29(2), 141-147.
- Menezes, T.M & Lopes, R.L. (2009). Produção do conhecimento sobre idoso longevo: 1998-2008. *Rev. Enferm. UERJ*, 17(4), 569-574.
- Molina, E.H., Mayorga, I.M., Galán, V.M. & Gala, M.C. (2011). Experiencias españolas en la promoción de la autonomía personal en las personas mayores. *Gac Sanit*, 25(2), 147-157.
- Mowad, L. (2004). Correlates of quality of life in older adult veterans. *West J Nurs Res*, 26(3), 293-306.
- Oleson, M., Heading, C., Shadick, K.M. & Bistodeau, J.A. (1994). Quality of life in long-stay institutions in England: nurse and resident perceptions. *J Adv Nurs*, 20, 23-32.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde.
- Proot, I.M., Crebolder, H.F., Abu-Saad, H.H., Macor, T.H. & Meulen, R.H. (2009). Facilitating and constraining factors on autonomy. *Clin Nurs Res*, 9(4), 460-478.
- Ramos, L.R. (2006). Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas, E.V.; Py, L.; Néri, A.L.; Cançado, F.A; Gorzoni, M.L. & Rocha, S.M. *Tratado de geriatria e gerontologia*, 72-78. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Zunzunegui, M.V. & Béland, F. (2010). Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*, 24, 68-73.

Recebido em 02/09/2013

Aceito em 22/09/2013

**Juliana Hotta Ansai** – Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos. Graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos. São Carlos (SP), Brasil.

E-mail: julianaansai@gmail.com

**Celisa Tiemi Nakagawa Sera** - Docente do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Doutorado e Mestrado em Psicologia (Neurociências e Comportamento) pela Universidade de São Paulo, Brasil.

E-mail: seractn@yahoo.com.br