

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS GRADUADOS EM GERONTOLOGIA

Caetano Munhoz De Domenico

O Impacto na Autonomia dos Idosos que
Pararam de Dirigir

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

São Paulo

2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS GRADUADOS EM GERONTOLOGIA

Caetano Munhoz De Domenico

O Impacto na Autonomia dos Idosos que
Pararam de Dirigir

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Prof^a Dr^a Suzana Aparecida Rocha Medeiros.

São Paulo

2011

BANCA EXAMINADORA

*Aos grandes incentivadores deste trabalho, que tornaram-no
possível.*

Aos meus pais e amigos. À Meu Avô.

À Marcela

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Suzana Aparecida da Rocha Medeiros, pela sua atenção, conhecimento, ética, dedicação e principalmente pelo exemplo.

Ao Prof. Dr. Paulo Renato Canineu, pelos ensinamentos, conselhos e pela dedicação e comprometimento com a gerontologia.

A grande amiga Nádia Loureiro Ferreira pelo companheirismo e apoio durante todos esses anos.

Aos alunos e colegas da Faculdade de Medicina de Jundiaí pelo incentivo e compreensão.

Meus sinceros agradecimentos ao amigo e mestre Prof^o Dr^o José Eduardo Martinelli que está comigo desde o tempo da graduação em medicina e o principal responsável pelo desenvolvimento desta pesquisa.

E a todos aqueles que contribuíram para a realização desta pesquisa.

RESUMO

CAETANO MUNHOZ DE DOMENICO. O Impacto na Autonomia de Idosos que Pararam de Dirigir. São Paulo, 2011.

A saúde social do idoso está diretamente ligada a sua independência e autonomia para fazer suas atividades. O ato de dirigir implica em ter autonomia e independência para tomar suas decisões e muitas vezes quando o idoso deve abandonar a direção ele deixa de ter saúde social. O estudo teve como objetivo identificar o impacto na autonomia dos idosos que perderam a Carteira Nacional de Habilitação (CNH). Foram selecionados 7 idosos, de ambos os sexos, acima de 60 anos e que tiveram suspensas a CNH. Foram feitas entrevistas semi-estruturadas, onde responderam um questionário com cinco questões. Em seguida, os participantes passaram por anamnese clínica detalhada e fizeram avaliação neuropsicométrica a fim de avaliar o estado cognitivo. As avaliações aplicadas foram: *Cambridge Cognitive Examination* (CAMCOG) (ROTH et. al., 1986), o Mini-exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN et. al., 1975), o Teste do Desenho do Relógio (TDR) segundo a escala *Clock Drawing Interpretation Scale* (MENDEZ et. al., 1992; SHULMAN et. al., 1993), a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) abreviada com 15 itens (YESAVAGE et. al., 1983), a Escala de Depressão do CAMDEX (ROTH et. al., 1986) e o Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer (PFEFFER et. al., 1982). Os resultados mostraram que todos os idosos que perderam a CNH ou pararam de dirigir por qualquer outro motivo tiveram uma diminuição nas atividades de lazer e mais da metade pontuaram para sintomas depressivos. Pode-se concluir que entre aqueles idosos que contavam com seus carros como principal meio de transporte, mobilização e socialização, houve um comprometimento da qualidade de vida por diminuição da independência e autonomia.

Palavras-chave: Idosos, Autonomia, Qualidade de vida.

ABSTRACT

CAETANO MUNHOZ DE DOMENICO. The Impact on Autonomy of Elderly Who Had Stopped Driving. São Paulo, 2011.

The social health of elderly is directly linked to its independence and autonomy on their activities. The act of driving involves autonomy and independence to make decisions and often, when elderly stop or decreases driving, it will impaired their social health. The study aimed to identify the impact on autonomy of elderly who have lost their Driver's License or stop driving for any reason. We selected seven (07) elderly of both sexes, over 65 years and had suspended driver's license. Semi-structured interviews were carried, where the subjects answered a questionnaire with five pre-determined questions. Then, the participants underwent detailed clinical anamnesis and neuropsychiatric evaluation to assess their cognitive state. The tests applied were: Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG) (ROTH et. al., 1986), the Mini-Mental State Examination (MMSE) (FOLSTEIN et. al., 1975), the Clock Drawing Test (CDT) according to the scale Clock Drawing Interpretation Scale (MENDEZ et. al. 1992; SHULMAN et. al., 1993), the Geriatric Depression Scale (GDS) with 15 short items (YESAVAGE et. al., 1983), Scale Depression of the CAMDEX (Roth et. al., 1986) and the Functional Activities Questionnaire Pfeffer (PFEFFER et. al., 1982). The results showed that all the elderly who had lost Driver's License, stopped driving for any other reason or had a decrease in driving, experienced, in more than a half of cases, decrease on leisure activities and scored for symptoms of depression. It can be concluded that among those elders that rely on their cars as the most important transportation, mobilization and socialization way, there was a impaired quality of life due decrease on independency and autonomy.

Key-words: Elderly, Autonomy, Quality of life.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1: Representação gráfica entre os dois grupos nos testes e questionários aplicados20
- Gráfico 2: Representação gráfica da questão 1: comparação entre respostas positivas e respostas negativas22
- Gráfico 3: Representação gráfica da questão 2: comparação das decisões de parar de dirigir22
- Gráfico 4: Representação gráfica da questão 3, comparando as dificuldades encontradas agora que pararam de dirigir23
- Gráfico 5: Representação gráfica da questão 4, mostrando que os idosos se queixam de ficar mais dependentes para saírem de casa23
- Gráfico 6: Representação gráfica da questão 5, evidenciando que três pacientes ainda querem voltar a dirigir24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Descrição das médias dos sete participantes na avaliação neuropsicométrica. DA= doença de Alzheimer; SC= paciente sem comprometimento cognitivo; FV= fluência verbal19

Tabela 2: Descrição dos sintomas depressivos e do questionário de funcionalidade de Pfeffer (PFAQ)20

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I	
1. Qualidade de Vida	4
1.1. Qualidade de Vida em Idosos	5
1.2. Aspectos da autonomia para o Idoso	6
CAPÍTULO II	
2. Carteira Nacional de Habilitação para Idosos	8
CAPÍTULO III	
3. Avaliação Neuropsicométrica	12
CAPÍTULO IV	
4. OBJETIVOS	15
CAPÍTULO V	
5. METODOLOGIA	16
5.1. Tipo de Pesquisa	16
5.2. Local do Estudo	16
5.3. Participantes	16
5.4. Procedimento para Coleta dos Dados	17
5.5. Apresentação e Tratamento dos Dados	18
CAPÍTULO VI	
6. RESULTADOS	19
CAPÍTULO VII	
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXO 1	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	36
ANEXO 2	
Pontuação dos sub-itens do CAMCOG (ROTH et. al., 1986)	37
ANEXO 3	
Pontuação dos Sub-itens do Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN et al., 1975)	38
ANEXO 4	
Adaptação da pontuação do TDR pelo <i>Clock Drawing Interpretation Scale</i> (MENDEZ et al., 1992)	39

ANEXO 5

Adaptação da pontuação do TDR pela escala de SHULMAN et al., 1993.
.....40

ANEXO 6

Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale – YESAVAGE et al., 1983)41

ANEXO 7

ítems da Escala de Depressão do CAMDEX (ROTH et. al., 1986)
.....42

ANEXO 8

Escala de Atividades Funcionais de Pfeffer (PFEFFER et. al., 1982)
.....43

APÊNDICE 1

Questionário sobre o autorrelato da participante I.S.M em relação a autonomia e os efeitos de parar de dirigir45

APÊNDICE 2

Questionário sobre o autorrelato da participante L.P.V. em relação a autonomia e os efeitos de parar de dirigir47

APÊNDICE 3

Questionário sobre o autorrelato da participante M.S.P. em relação a autonomia e os efeitos de parar de dirigir49

APÊNDICE 4

Questionário sobre o autorrelato do participante M.E.A. em relação a autonomia e os efeitos de parar de dirigir50

APÊNDICE 5

Questionário sobre o autorrelato do participante N.A.A.C. em relação a autonomia e os efeitos de parar de dirigir52

APÊNDICE 6

Questionário sobre o autorrelato da participante T.A. em relação a autonomia e os efeitos de parar de dirigir53

APÊNDICE 7

Questionário sobre o autorrelato da participante W.A.M. em relação a autonomia e os efeitos de parar de dirigir54

INTRODUÇÃO

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas nos últimos tempos, observa-se uma população cada vez mais envelhecida.

No contexto de valorização do processo de envelhecimento bem sucedido, que propõe uma ruptura do entendimento prévio de que a velhice era sinônimo da presença de patologias físicas e emocionais, recentemente a qualidade de vida tem sido reconhecida como um dos objetivos centrais do atendimento em saúde, principalmente do idoso.

Há a tendência de retangularização da pirâmide etária, ocorrida desde 1970 no Brasil, com impactos diretos na alocação de recursos em atendimento em saúde, e com impactos diretos na quantidade de idosos motoristas, com diferentes desejos e necessidades.

No ano de 2025, o Brasil provavelmente terá 32 milhões de habitantes com mais de 60 anos ou mais e precisa se estruturar, para que eles tenham uma velhice saudável. No Brasil apenas 1% da população idosa está internada em asilos, ao contrário do que acontece nos países desenvolvidos, onde 5% dos idosos vivem em instituições. (Camanaro, 2002)

O envelhecimento não começa subitamente aos 60 anos, mas consiste no acúmulo e interação de processos sociais, médicos e de comportamento durante toda a vida.

Portanto, o envelhecimento abrange vários tipos de alterações associadas à idade que envolve as estruturas físicas e o funcionamento do organismo, sendo caracterizada por alterações fisiológicas, psíquicas e anatômicas. Isto afeta o que identificamos como “qualidade de vida”, onde influencia diretamente na comunicação e comportamento do idoso.

Além de investigar e determinar o ritmo de envelhecimento populacional há também a preocupação de estudar a qualidade do envelhecimento e desenhar intervenções capazes de provocar impacto em direção a um processo de envelhecimento saudável.

Contudo, apesar da variabilidade individual do conceito de qualidade de vida a população idosa considera importante o poder de autonomia, segurança e independência na participação de organizações sociais.

Como já dissemos, de acordo com as estatísticas representadas sobre o envelhecimento da população, tem ocorrido um maior número de pessoas com idade acima de 65 anos dirigindo seus veículos em ruas e estradas.

Particularmente no Brasil, a população acima de 60 anos está na ordem de 15 milhões de pessoas, ocupando 9% da população total em 2000 e com estimativa de 15% em 2020 (CAMANARO, 2002).

O Registro Nacional de Carteira de Habilitação - RENACH, registrou, de 2003 a 2006, um aumento de 112% (de 94 mil para 199 mil) no total de Carteiras Nacionais de Habilitação - CNH válidas para idosos.

O aumento se deve à elevação da expectativa de vida e à popularização do carro nas últimas décadas, além do fato de haver deficiências no sistema de transporte coletivo, fazendo com que o automóvel passe a ser uma alternativa para melhorar a mobilidade e a qualidade de vida do idoso (BERNSTEIN, 2007).

Este fato passa a ser uma preocupação para as autoridades responsáveis pelo trânsito devido a características peculiares das pessoas idosas. Podemos dizer que, junto com as crianças, constituem um grupo de risco. Isto significa que, mais que os outros, estão sujeitos a acidentes de trânsito (KINGTON et. al., 1994).

Em alguns países há “guidelines” para a renovação das licenças para idosos que queiram continuar a dirigir seus veículos automotores: na Finlândia, por exemplo, após os 70 anos de idade, pessoas que queiram continuar a dirigir precisam passar por exame médico e prova rigorosos (RTA 267/811981, Helsinki: Government of Finland).

No Brasil, não há lei que limite a idade para que alguém deixe de dirigir. A única restrição é que, a partir dos 65 anos, os condutores devem ser aprovados nos exames de aptidão para renovar a CNH a cada três anos (ou menos, se o médico avaliador o julgar necessário), e não mais a cada cinco anos, como para a população mais jovem.

Infelizmente, não temos estatísticas brasileiras confiáveis para entendermos o que acontece em nosso país com o motorista idoso, mas podemos ter uma idéia aproximada quando nos utilizamos dos dados das publicações do Instituto Central de Estatística da Holanda como exemplo.

Em 1983, a Holanda tinha 1.688.000 idosos que fizeram no trânsito por volta de 8.4 bilhões de quilômetros, dando uma média aproximada de 14 km por dia por idoso. E por que esses idosos se utilizam tanto dos veículos? Segundo a estatística holandesa vamos ver que tanto para homens como para mulheres idosas motoristas o motivo principal para o uso do carro era fazer compras. Em segundo lugar, estavam visitas ou hospedagem em casas de parentes e, num destaque menor, temos recreação, esportes e passeios (ROZESTRATEN, 1988).

O presente estudo tem o objetivo de identificar e avaliar o impacto na autonomia e na qualidade de vida dos idosos que pararam de dirigir por qualquer motivo, por meio de uma entrevista semi-estruturada e avaliação neuropsicométrica estruturada.

Segundo Minayo (1994):

“Entrevista estruturada é realizada por meio de um ou mais questionários aplicados diretamente pelo pesquisador ou indiretamente através de roteiros fechados escritos e entrevistas não-estruturadas entre as quais incluímos a história de vida, verbalmente ou por escrito, mas que tradicionalmente incluem a presença ou interação direta entre o pesquisador e os atores sociais e são complementadas por uma observação participante”.

A justificativa desse estudo engloba aspectos sociais e mentais porque apesar do aumento do envelhecimento populacional e conseqüente aumento no número de motoristas idosos, não existem ainda critérios em nosso meio que avaliem adequadamente o impacto da suspensão da CNH para o idoso.

Há pouca literatura nacional abordando o impacto dessa suspensão na autonomia dos idosos que utilizam veículos automotores como meio de transporte. Tal informação tem utilidade prática e científica, pois a perda de autonomia e independência resulta em morbidades como depressão ou agravamento de co-morbidades prévias, influenciando negativamente na expectativa de vida dessas pessoas, assim como em seu convívio na sociedade.

CAPÍTULO I

1. Qualidade de vida

Nos anos seguintes à segunda Guerra Mundial, como fenômeno do reaquecimento econômico, indicadores objetivos, tais como taxas de delinquência e números de venda de eletrodomésticos e carros, passaram inicialmente a ser utilizados como mensuração da qualidade de vida da população, especialmente na Europa Ocidental e Estados Unidos.

O conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde – OMS 1948, nesta, saúde é definida como “um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença e enfermidade”. Tal conceituação, além de determinar uma ampliação do conceito de saúde, enfatiza o caráter subjetivo da avaliação, assim, introduz a percepção de bem-estar subjetivo como um dos pilares do conceito de saúde.

Esta valorização da percepção subjetiva e não somente de parâmetros objetivos, bem como a necessidade de ampliar a investigação na área da saúde para além de aspectos unicamente clínicos e focados em doenças e sintomas, emergiu-se um panorama científico sobre o conceito de qualidade de vida e suas diferentes definições e utilizações.

A OMS, representada pelo Grupo WHOQOL, em 1994, publicou o conceito de qualidade de vida que, portanto, dá embasamento teórico ao desenvolvimento de seus instrumentos.

Para a OMS (1994), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Tal definição traz consigo três áreas de fundamentação, sobre as quais o conceito foi desenvolvido:

1. Onde a percepção subjetiva do indivíduo recebe especial destaque, pois é incorporada em sua definição três níveis. Um primeiro que diz respeito à percepção da adequação de uma situação social. Segundo nível relaciona-se com a percepção global subjetiva de funcionamento, o quão bem um indivíduo dorme e, em terceiro nível,

uma avaliação específica do quão satisfeito um indivíduo está com seu sono.

2. Área de fundamentação, onde, os instrumentos de aferição de qualidade de vida desenvolvidos pela OMS são compostos de domínios – físicos, psicológicos e relacionamento social -, entendendo de que qualidade de vida é um produto da interação de diversas áreas independentes da vida do indivíduo.
3. O reconhecimento, composto de dimensões positivas – funcionalidade, mobilidades, e negativas – sentimentos negativos, dependência de medicações. Deve-se abordar a percepção subjetiva de ambas as dimensões, por uma adequada aferição de qualidade de vida.

1.1. Qualidade de vida em idosos

O envelhecimento é um processo complexo e está associado a uma série de doenças, incapacidades múltiplas, dependência e perda da autonomia, com isto, a atuação dos diversos profissionais não deve ser centrada somente nas doenças, mas também nas principais condições que causam incapacidades e conseqüente declínio no grau de dependência funcional e prejuízo na qualidade de vida.

Os profissionais que trabalham com o processo de envelhecimento, nas mais diversas áreas, tentam proporcionar, em todos os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), o bem estar bio-psico-social dos idosos, potencializando suas funções globais, para obter uma maior independência, autonomia e uma melhor qualidade para esta fase de vida.

Tendo em vista a variabilidade no conceito sobre qualidade de vida, com o propósito de as políticas para o envelhecimento bem sucedido parece imprescindível conhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem estar, à felicidade, à realização pessoal, autonomia, enfim, à qualidade de vida nessa faixa etária.

1.2. Aspectos da autonomia para o idoso

Os idosos devem ter preservada a garantia do reconhecimento à sua autonomia. Uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção dessa deliberação. Respeitar a autonomia é valorizar a consideração sobre as opiniões e escolhas, evitando, da mesma forma, a obstrução de suas ações, a menos que elas sejam claramente prejudiciais para outras pessoas (GOLDIM, 2002; NERI, 2002). Demonstrar falta de respeito para com um agente autônomo é desconsiderar seus julgamentos, negar ao indivíduo a liberdade de agir conforme seus julgamentos, ou omitir informações necessárias para que possa ser feito um julgamento, quando não há razões convincentes para fazer isso (GOLDIM, 2002; NERI, 2002).

As convicções pessoais do idoso merecem ser respeitadas. O importante é avaliar o grau de capacidade que cada pessoa tem para tomar suas decisões. A capacidade de decisão da pessoa, segundo Ahronheim et al. (1994), baseia-se em diversas habilidades, tais como: envolver-se com o assunto; compreender ou avaliar o tipo de alternativas e comunicar uma preferência. É a capacidade de pensar e deliberar. A participação ativa do idoso no processo de tomada de decisões é muitas vezes restringida indevidamente pela própria família ou pelas instituições (GOLDIM, 2002; NERI, 2002).

Idoso dependente é aquele que necessita ajuda para sobreviver ou para se manter em seu dia-a-dia. Tem um comprometimento em múltiplas dimensões da vida e necessita ser assistido por um cuidador familiar ou formal (LEMONS et. al., 2002; PERRACINI et. al., 2002).

Segundo o Instituto Sodexho de Qualidade de Vida no Cotidiano, em publicação de 1999, as necessidades e expectativas em termos de qualidade de vida no cotidiano se organizam em torno de quatro registros comuns:

1.) **Desejo de autonomia** e de independência, notadamente em relação aos filhos, assim como a possibilidade de continuar a viver em sua própria casa e de se deslocar com facilidade. Inclui, também, a faculdade de decidir livremente a própria maneira de viver e de escolher, entre múltiplos produtos disponíveis, os que mais lhe aprazem ou convém.

2.) **Desejo de assistência**, que significa a adaptação dos espaços às capacidades físicas e sensoriais diminuídas; à admissão da necessidade de mais acompanhamento médico e social, e à implantação de dispositivos de emergência, ou de proteção contra agressões. No entanto, geralmente, para os idosos, a assistência não deve ser nem excessiva, nem infantil e humilhante.

3.) **Desejo de normalidade**, que é o de viver em meio a seus numerosos contatos e, especificamente entre os mais jovens. Trata-se da possibilidade de participar de uma vida pública e associativa, e da certeza tranquilizadora de ser digno de afeição e amor.

4.) **Desejo de especificidade**, que é o reconhecimento de um estatuto particular e do respeito à experiência e ao saber. É também, para o idoso, o direito à atenção, à regras particulares e a ser bem representado na sociedade, sem ostracismo, rejeição ou desprezo.

A participação em atividades sociais e de lazer não deve ser negligenciada. No envelhecimento acompanhado de limitações, o cerceamento no desempenho de atividades da vida cotidiana geralmente acarreta isolamento social e restrição nas atividades.

CAPÍTULO II

2. Carteira Nacional de Habilitação para Idosos

A maior vulnerabilidade e lentidão, especialmente em situações não previsíveis, são problemas específicos dos usuários idosos. Os idosos estão mais sujeitos a acidentes de trânsito por inúmeros fatores sejam de origem sensorial como deficiências visuais ou auditivas, sejam motoras como deformidades das mãos por artrite reumatóide ou outras doenças (que o impede de segurar o volante ou manuseá-lo adequadamente), dos joelhos por osteoartrose principalmente (que dificulta a mudança do pedal do breque para o acelerador e vice-versa), por diminuição de reflexos, por atenção diminuída, por falha de memória e outras alterações cognitivas, muitas das quais próprias da idade.

Vários estudos têm sugerido que motoristas com demência podem ter um aumento no risco de colisões (KLEIN, 1991). Entretanto, outros estudos não confirmam esses dados (O'NEILL, 1996).

Para entendermos melhor esse fato, precisamos analisar as limitações instrumentais que a velhice impõe aos idosos e as possibilidades de compensação que estão à disposição deles. É então necessário um quadro teórico no qual há lugar tanto para as qualificações instrumentais e as possibilidades de compensação do usuário como para o sistema adaptativo do processamento de informações. (MAROTTOLI et. al., 1993).

Usamos a distinção de Michon (1979) que vê a participação no trânsito como um conjunto de tarefas hierarquicamente ordenadas em três níveis:

1. O nível operacional consiste na seleção e na execução de manobras que servem para escapar de um perigo concreto iminente. Por exemplo, as manobras para manter a bicicleta no bom caminho, evitar outros veículos parados ou em movimento. As capacidades psicológicas importantes para este nível operacional podem ser determinadas com a medição de tempo de reação e das diversas funções necessárias para o comportamento.

2. O nível tático visa manter um constante nível de risco baixo na base do conhecimento de si mesmo, do veículo e das expectativas a respeito de

futuras situações de trânsito. Por exemplo, andar mais devagar quando há neblina ou avisos de pista derrapante.

3. O nível estratégico inclui o escolher em função de um perigo antecipado, geralmente não na própria situação, mas antes da viagem: qual o caminho que vamos seguir? Quando vamos sair? Vamos de bicicleta, de carro, de metrô, de trem, de ônibus ou de avião? Ou vamos tratar o caso por telefone?

O comportamento no trânsito, mais especialmente, o dirigir é reagir adequadamente sobre um veículo, de tal modo que o comportamento deste corresponda à situação no trânsito. Portanto, é uma reação a uma situação no trânsito (MAROTTOLI, 1993).

Dirigir com segurança requer a integração do complexo motor, visual e cognitivo. Contudo, muitos motoristas idosos com déficits motores, visuais e cognitivos moderados podem continuar dirigindo com segurança, provavelmente porque estas tarefas foram consolidadas num aprendizado instintivo de dirigir (CARR, 1998).

Para compensar déficits funcionais moderados, a maioria dos idosos deve evitar horários de congestionamento, percorrer distâncias moderadas e fazer o possível para não dirigir durante a noite. A média de quilômetros percorridos é 64% menor em idosos de 85 anos ou mais quando comparados com o grupo de 65 anos ou mais.

Motoristas idosos são mais cautelosos do que os jovens, dirigem mais devagar e produzem menos riscos no trânsito. Conseqüentemente a esse cuidado no trânsito, os idosos produzem menos colisões. Os índices de colisões decrescem com a idade, ao contrário do mito em que os idosos seriam responsáveis por aumentarem as estatísticas dos acidentes de trânsito (MALFETTI et. al., 1991).

Contudo, analisando o quilômetro rodado, motoristas idosos têm índices de violações de trânsito, colisões e fatalidades maiores que todos os grupos acima de 25 anos (O'NEILL, 1996).

Os níveis de colisão por quilômetro rodado aumentam a partir dos 70 anos e progridem rapidamente após os 80 anos.

As violações mais comuns dentre esses motoristas são dirigir na contramão e avançar o sinal vermelho. Demonstam, também, uma maior ocorrência de colisões em cruzamentos.

Dessa forma, podemos concluir que os motoristas idosos têm dificuldade com situações do trânsito que requerem decisões mais elaboradas (MAROTTOLI et. al., 1993).

Observamos ainda que os idosos sofrem mais do que os jovens com as colisões no trânsito. Os acidentes automobilísticos envolvendo motoristas idosos incluem múltiplos veículos mais comumente e resultam em sérias lesões e fatalidades com maior frequência, porque os idosos têm um padrão diferente de dirigir, sendo também mais frágeis e com maior número de co-morbididades (REUBEN, 1993).

Todos esses fatores são relevantes para se decidir pela renovação ou suspensão da Carteira Nacional de Habilitação (CNH). Outros fatores ainda ganham importância porque para muitos idosos a CNH representa autonomia e independência.

Considerando uma definição simplista de que autonomia é a capacidade de decisão e comando e que independência é conseguir algo através dos seus próprios meios, vamos perceber que o automóvel é parte integrante desses conceitos (PASCHOAL, 1996).

Quando o idoso resolve sair de casa para ir até o supermercado ou mesmo passar o final de semana no sítio ou na praia, ele usa da sua autonomia e quando ele se utiliza do seu próprio carro para atingir esse objetivo, ele o faz de forma independente.

Ao não conseguir renovar sua licença para dirigir, o idoso está perdendo independência, porque para ir ao supermercado ele irá necessitar de outras pessoas, principalmente de seus familiares ou amigos, que nem sempre poderão fazê-lo naquele momento. Fato que se complica ainda mais ao se tratar de uma viagem, pois apesar de poder se utilizar de outros meios de transporte, sempre existe uma maior dificuldade do que utilizar-se do seu veículo que está às portas de sua casa. Concomitantemente, o idoso perde a autonomia porque não consegue realizar a sua decisão de viajar ou ir às compras.

Essa situação faz com que a saúde social desses idosos fique prejudicada porque levam a um relativo isolamento social com conseqüente perda de saúde mental, provocando depressão e muitas vezes ansiedade. Como a qualidade de vida é avaliada, em parte pela autonomia e pela independência, com as suas perdas, teremos uma deterioração na qualidade de vida dessas pessoas.

CAPÍTULO III

3. Avaliação Neuropsicométrica

Segundo Laks et. al. (2005) a prevalência de declínio cognitivo na população brasileira chega a 19,2%. Nos últimos anos, os testes neuropsicométricos têm auxiliado o processo de investigação diagnóstica de alterações das funções cerebrais na sua relação entre desempenho e estrutura (ARGIMON et. al., 2005). Heinik et. al. (2003) afirmam que para obter maior sensibilidade e especificidade durante o processo de investigação diagnóstica é importante se utilizar diversos teste concomitantes, como por exemplo o CAMCOG (*Cambridge Cognitive Examination*, ROTH et. al., 1986) e o Mini-exame do Estado Mental (MEEM), (FOLSTEIN et.al., 1975).

O CAMCOG é a avaliação cognitiva que está dentro da avaliação estruturada do CAMDEX (*Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination*) idealizada por Roth et. al., em 1986. A avaliação estruturada do CAMDEX parece ser bastante vantajosa devido a sua sensibilidade de avaliar o funcionamento mental e físico. O CAMDEX é dividido em várias seções, sendo que a Seção A é composta pela entrevista de dados atuais do paciente e avalia também sintomas depressivos. A Seção B refere-se a avaliação cognitiva, onde estão presentes o MEEM, além de testes que avaliam a fluência verbal (FV), pensamento abstrato, orientação, cálculo, percepção, linguagem, leitura e escrita.

As informações coletadas pelo examinador serão preenchidas na Seção C e outras observações relevantes podem ser descritas na Seção G. Os resultados de exames físicos e neurológicos, exames laboratoriais, e ainda as medicações em uso correspondem as Seções D, E e F respectivamente (ROTH et. al., 1986).

Outro ponto importante do CAMDEX é a entrevista com o cuidador ou familiar que tenha convívio diário com o paciente. Nesta seção (Seção H) qualquer alteração comportamental, alteração de memória e em atividades de vida diária são avaliados nesta seção (ROTH et. al., 1986).

A entrevista estruturada do CAMDEX dura em média uma hora, possui um ponto de corte de 80 pontos e ao final da avaliação, podem ser seguidos os

critérios diagnósticos operacionais do CAMDEX (demência, *delirium*, depressão e outros transtornos psiquiátricos). Esses critérios operacionais utilizados pelo CAMDEX são os do DSM-III (ROTH et. al., 1986).

Já o MEEM, idealizado por Folstein et. al. em 1975, foi desenvolvido com o objetivo ser um teste de fácil e rápida aplicação. É um dos testes mais utilizados em todo o mundo, com duração de 10 a 15 minutos, e precisa-se apenas de papel e lápis para a sua aplicação.

Os pontos de corte propostos por Brucki et al. (2003) sugerem que 20 pontos seja o ponto de corte para analfabetos, 25 pontos de 1 a 4 anos de escolaridade, 26 pontos de 5 a 8, 28 pontos de 9 a 11 anos e 29 pontos para idosos com escolaridade acima de 11 anos.

Outro teste de rastreio muito utilizado é o que avalia a fluência verbal (FV). Os testes de FV são amplamente utilizados por serem de fácil administração, de simples pontuação e ser adequado por mensurar declínio em seu desempenho (HENRY et. al., 2004). Neste contexto, Brucki et. al. (2003) avaliaram a FV (categoria animais) em um grupo de idosos de diferentes faixas de escolaridade e constataram uma pequena variação no ponto de corte se comparados a pacientes analfabetos e pacientes com alta escolaridade (> igual a 8 anos). Em relação à pacientes com baixa (1 a 4 anos) e média (5 a 8) escolaridade, a variação não foi significativa. O ponto de corte adotado foi de 9 pontos para analfabetos, 12 pontos para baixa e média escolaridade e 13 pontos para escolaridade acima de 8 anos. Pontos de corte semelhantes foram encontrados por Caramelli et. al. (2003) onde se estabeleceu ponto de corte igual a 13 para maiores de 8 anos de escolaridade, 12 para escolaridade de 1 a 7 anos e para analfabetos pontuação inferior a 9.

Em um estudo longitudinal feito por Argimon et. al. (2005) verificaram que a linguagem é uma das habilidades cognitivas que resiste à degeneração causada pela idade e, por essa razão, alteração de linguagem observada em testes cognitivos pode ser utilizado como um marcador de demência em andamento, independente da escolaridade.

A importância dos testes de FV são considerados por alguns autores como os melhores testes para avaliar fases prodrômicas de demência. Amieva et al. (2008), em um estudo longitudinal, verificaram as alterações cognitivas associadas ao envelhecimento e observaram que os pacientes evoluíram para

DA começaram a apresentar declínio rápido em testes de fluência verbal 12 anos antes de receber o diagnóstico da demência.

Segundo Caramelli (2006) a utilização de testes neuropsicológicos são importantes para o diagnóstico diferencial em pacientes com demência. Porém, coletar o maior número de informações durante a anamnese clínica, principalmente junto com um familiar de convívio diário, contribuem de maneira significativa para o diagnóstico clínico.

CAPÍTULO IV

4. OBJETIVO

Identificar e avaliar o impacto na autonomia dos idosos que perderam a Carteira Nacional de Habilitação ou pararam de dirigir por qualquer motivo.

CAPÍTULO V

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de Pesquisa

Esta pesquisa caracteriza-se como exploratória descritiva analítica, de campo, transversal com abordagem qualitativa.

Para elaboração do referencial teórico foram acessadas algumas bases de dados eletrônicas como MEDLINE, LILACS E SCIELO. Descritores utilizados foram: Autonomia, Motorista Idoso, Carteira Nacional de Habilitação, Saúde do Idoso utilizando a lógica booleana “*and*”. Inicialmente foi realizada uma busca nos trabalhos publicados nos últimos 5 anos, e foi estendida por um período maior de acordo com a necessidade, sem restrição de idiomas.

5.2. Local do Estudo

O estudo foi realizado no Município de Jundiaí – SP, que procuraram atendimento médico no consultório particular.

5.3. Participantes

Fizeram parte deste estudo indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos e com escolaridade de no mínimo 1 ano.

Para os critérios de inclusão, foram aceitos idosos que residem na comunidade, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, sem comprometimento físico, que pararam de dirigir e que aceitem participar da pesquisa após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

Os critérios de exclusão foram indivíduos com idade inferior a 60 anos, idosos que ainda dirigem com frequência ou que não aceitaram participar da pesquisa.

5.4. Procedimento para Coleta dos Dados

Foram avaliados sete (07) idosos por meio de entrevistas semi-estruturadas, onde responderam um questionário com cinco questões pré-determinadas (Apêndice 1), que faziam parte do protocolo sobre as questões de parar de dirigir.

Em seguida, os participantes passaram por anamnese clínica detalhada e fizeram avaliação neuropsicométrica a fim de avaliar o estado cognitivo. As avaliações aplicadas foram: *Cambridge Cognitive Examination* (CAMCOG) (ROTH et. al., 1986) (Anexo 2), o Mini-exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN et. al., 1975) (Anexo 3), o Teste do Desenho do Relógio (TDR) segundo a escala *Clock Drawing Interpretation Scale* (MENDEZ et. al., 1992) (Anexo 4) (SHULMAN et. al., 1993) (Anexo 5), a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) abreviada com 15 itens (YESAVAGE et. al., 1983) (Anexo 6), a Escala de Depressão do CAMDEX (ROTH et. al., 1986) (Anexo 7) e o Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer (PFEFFER et. al., 1982) (Anexo 8).

Pelos critérios do DSM-IV (APA, 1994) para demência e NINDS-ADRDA (MCKHANN et. al., 1984) para doença de Alzheimer (DA), quatro pacientes receberam o diagnóstico de DA. Os outros três idosos não apresentaram alterações nos testes cognitivos. As médias obtidas pelos sete participantes estão descritas na tabela 1. A comparação entre os dois grupos podem ser observados no gráfico 1.

A opção por metodologia e análise qualitativa deriva da própria subjetividade da técnica escolhida e da vertente das ciências sociais.

Segundo Minayo (1994):

(...) É necessário afirmar que o objetivo das ciências sociais é essencialmente qualitativo. A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados delas transbordantes. Essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que possamos elaborar sobre ela. Portanto, os códigos das ciências que por sua natureza são sempre referidos e recortados são incapazes de contê-la. As ciências sociais, no entanto, possuem instrumentos e teorias capazes de fazer uma aproximação da suntuosidade que é a vida dos seres humanos em sociedade, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória. Para isso ela aborda o conjunto de expressões

humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações. É desse caráter especificamente qualitativo das ciências sociais e da metodologia apropriada para reconstruir teoricamente seu significado(...) (MINAYO, 1994:15).

5.5. Apresentação e Tratamento dos Dados

As informações obtidas no estudo foram sistematizadas através de programas adequados como Microsoft Excel 2003 (ou versão superior disponível), especialmente para elaboração de tabelas.

CAPÍTULO VI

6. RESULTADOS

Foram selecionados para esta pesquisa 7 pacientes, sendo dois do sexo masculino (28,57%) e cinco do sexo feminino (71,43%). A média de idade dos participantes foi igual a 80,71 anos. Em relação à escolaridade, três idosos possuíam de 1 a 4 anos de estudo e quatro tinham mais que 8 anos de estudo.

Tabela 1: Descrição das médias dos sete participantes na avaliação neuropsicométrica. DA= Doença de Alzheimer; SC= paciente sem comprometimento cognitivo; FV= fluência verbal.

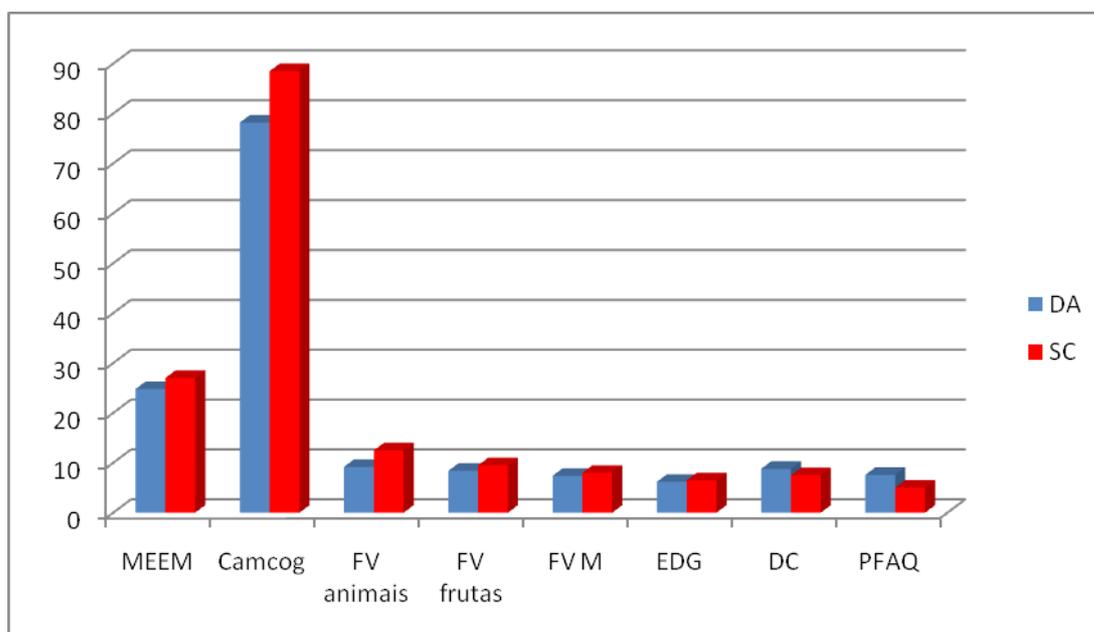
Testes	Grupo	Média
MEEM	DA	24,8
	SC	27
CAMCOG	DA	78,2
	SC	88,2
FV animais	DA	9,2
	SC	12,5
FV frutas	DA	8,4
	SC	9,5
FV "M"	DA	7,4
	SC	8

Para avaliar os sintomas depressivos foram utilizados a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) abreviada com 15 itens (YESAVAGE et. al., 1983) e a escala de depressão do CAMDEX (DC) (*Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly*, ROTH et. al., 1986). Pode-se observar na tabela 2 que ambos os grupos apresentaram presença de sintomas depressivos. Com relação ao questionário de atividades funcionais de Pfeffer (PFAQ) pode-se verificar que ambos os grupos apresentaram uma leve dificuldade em realizar atividades de vida diária.

Tabela 2: Descrição dos sintomas depressivos e do questionário de funcionalidade de Pfeffer (PFAQ).

Testes	Grupo	Média	Ponto de corte
EDG	DA	6,2	> 5
	SC	6,5	
DC	DA	8,8	> 10
	SC	7,5	
FV "M"	DA	7,6	> 5
	SC	5	

Gráfico 1: Representação gráfica entre os dois grupos nos testes e questionários aplicados.



Na análise feita com as questões proposta (Apêndice 1) pode-se verificar que na questão 1, todos os participantes responderam de forma negativa, ou seja, disseram que parar de dirigir significou um sentimento de incapacidade e o que levou ao desânimo. A questão 2 refere-se sobre a escolha de parar de dirigir. Apenas um paciente disse que a escolha de parar de dirigir foi de si próprio. Todos os outros pacientes não tiveram esse discernimento e precisou do auxílio do médico ou de um familiar.

Com relação à continuação de atividades após parar de dirigir, apenas um participante disse que não sente diferença em relação a antes de parar de dirigir. Durante a anamnese esta paciente relatou que agora os filhos e os netos vêm visitá-la mais vezes do que antes. Para esta paciente, nessa questão, parar de dirigir mostrou-se vantajoso visto que passou a fazer atividades de lazer (como jogar baralho, reuniões familiares festivas, etc) em sua casa, ou seja, a paciente não se isolou socialmente das atividades. Outro fato importante que ajudou a paciente a se sentir melhor em relação ao isolamento foi que ela não aceitou vender seu carro. O carro continua na garagem de sua casa e isso faz com que a paciente se sinta melhor (se sinta mais útil) toda vez que olha para a garagem vê seu carro lá. Os outros seis idosos disseram que parar de dirigir deixou-os inaptos para quaisquer atividades fora de casa.

Quando questionados sobre de quem os pacientes dependem para se locomover todos responderam que dependem dos filhos. Disseram também que na idade deles com certas limitações só poderiam sair de casa se fosse de táxi, mas nenhum deles concordou em sair de ônibus devido aos problemas da senilidade. Disseram ser inviável por causa da falta de estrutura dos ônibus urbanos de receber pessoas idosas com certas limitações.

A última questão (questão 5) era uma pergunta sobre como o paciente pensava sobre a situação de não dirigir mais. Quatro pacientes responderam que não poderia ser diferente, pois se sentem muito incapazes de voltar a dirigir. Já três dos participantes responderam que querem voltar a dirigir (dois dos idosos que responderam que querem voltar a dirigir tinham diagnóstico de DA).

Os dados referentes a cada questão podem ser observados nos gráficos a seguir.

Gráfico 2: Representação gráfica da questão 1, em comparação entre respostas positivas e respostas negativas.

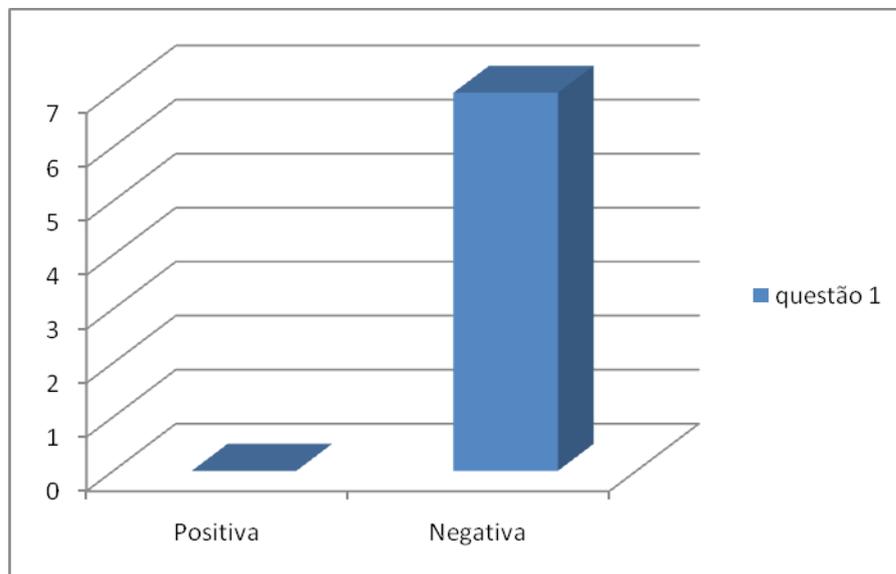


Gráfico 3: Representação gráfica da questão 2, em comparação com a decisão de parar de dirigir.

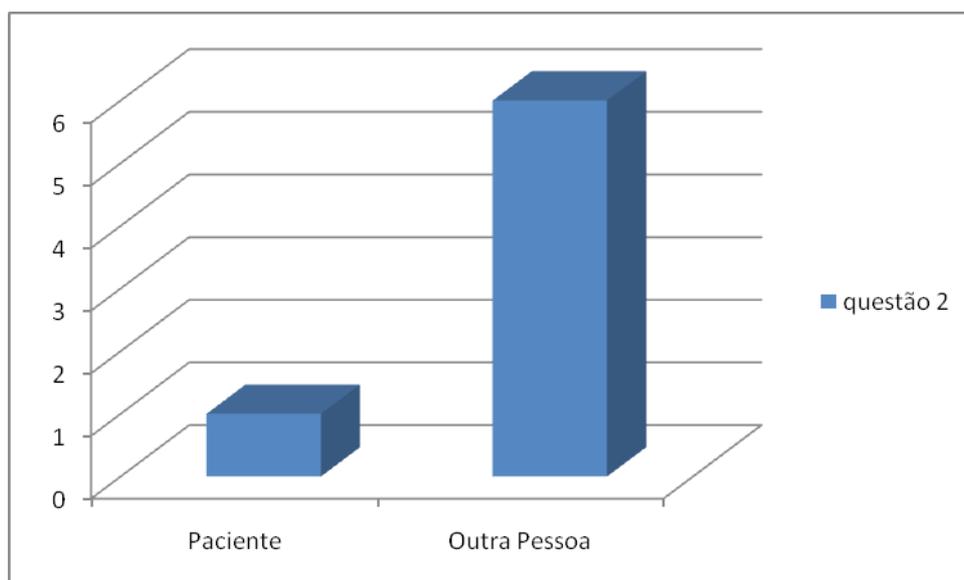


Gráfico 4: Representação gráfica da questão 3, comparando as dificuldades encontradas agora que pararam de dirigir.

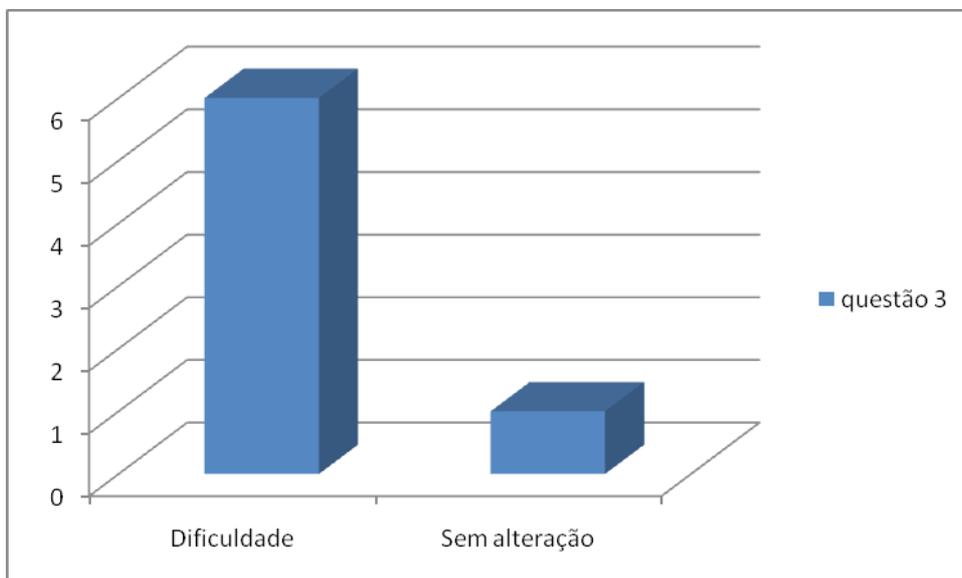


Gráfico 5: Representação gráfica da questão 4, mostrando que os idosos se queixam de ficar mais dependentes para saírem de casa.

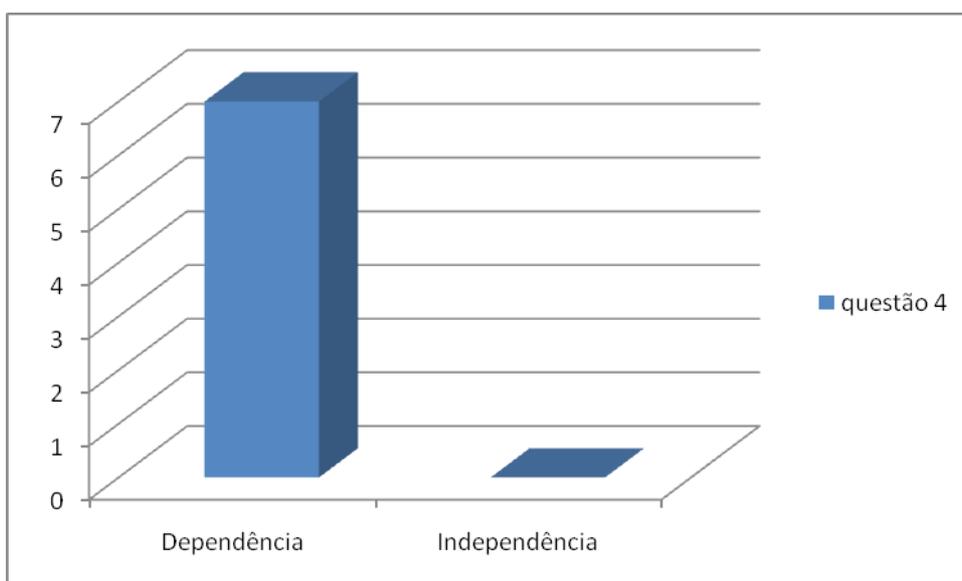
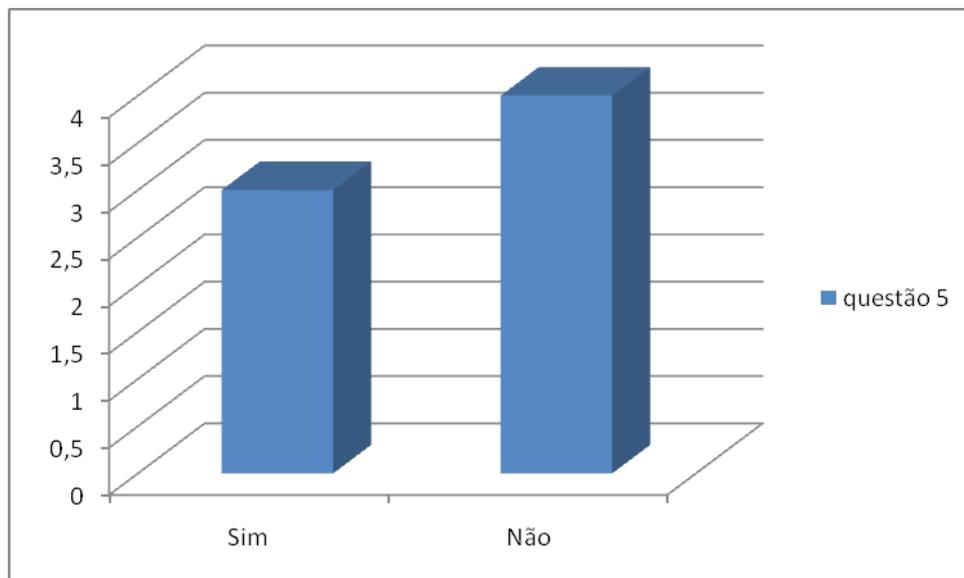


Gráfico 6: Representação gráfica da questão 5, evidenciando que três pacientes ainda querem voltar a dirigir.



CAPÍTULO VII

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a maioria dos motoristas idosos, ser capaz de dirigir tem sido essencial em suas vidas para manter a autonomia em suas atividades diárias (ir às compras, consultas médicas, visitas sociais, compromissos religiosos etc.).

As alternativas de transporte a serem providenciadas, frequentemente envolvem dependência de membros da família ou vizinhos e amigos.

O uso de transporte público, mesmo que disponível, nem sempre é adequado ou aceitável, pela inconveniência do desconforto, preocupações com segurança ou necessidade de obedecer a certos horários.

Muitos de nós vemos nossos carros como mais do que apenas um modo de transporte, e sim como um símbolo de independência e integridade. Para entender isso, basta quem dirige lembrar-se do ritual de passagem que começar a dirigir significou em suas vidas.

Sendo assim, não é de se estranhar que muitos idosos contam com seus automóveis para sua autonomia, independência e sobrevivência. Este é um ponto muito importante, pois, uma vez retirados estes privilégios, seja através da revogação de suas carteiras de habilitação, seja por imposição de familiares, pode haver grave efeito em sua saúde emocional, social, em seu bem-estar e satisfação com a vida de uma maneira geral.

Quando há redução ou interrupção total do uso de veículos próprios, há profundas mudanças em termos de modo de transportes, frequência e planejamento das viagens. Motoristas idosos não estarão familiarizados com modos de transporte alternativos e poderão relutar ou mesmo ter dificuldades de aprender e adaptar-se a eles.

Podemos extrapolar as conseqüências disso também para os companheiros, dos ex-motoristas idosos, que também terão sua condição de passageiros do automóvel afetada.

Em geral, há declínio da mobilidade, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos. Menos viagens, menores distâncias percorridas.

A maioria dos idosos espera que suas vidas seja mais difícil e menos alegre depois que eles pararem de dirigir.

Para muitos idosos, homens em particular, uma grande parte de sua vida adulta se passou na condição de motorista, e isso está estreitamente ligado a seu papel na família e na sociedade. Parar de dirigir, por imposição, mostrou-se uma intensa perda pessoal.

Nosso grupo de entrevistados verbalizou claramente a dor. Alguns amenizaram a perda da independência, mas nenhum a negou. Essa foi a consequência negativa mais percebida e citada entre os entrevistados.

A maioria expressou a opinião de que eles perderam uma grande parte de sua independência. Eles não gostaram de ter que depender de outras pessoas para seus deslocamentos e de ter perdido o controle sobre seu ir e vir, como ir, quando ir ou voltar.

Um entrevistado disse claramente que, quando parou de dirigir, sua vida “mudou muito mesmo”.

Tornar-se dependente de outros para sair de casa restringe o tempo de viagem e os destinos que podem ser acessados. Aumenta os tempos de espera, as incertezas, as inconveniências e a sensação de tornar-se devedor a outros, como fica claro na fala dessa idosa entrevistada: *“Agora tem que ficar pedindo. Demora... Eles trabalham”*.

Salientamos que as típicas consequências da redução ou parada do dirigir automóveis, com redução da satisfação com a vida e isolamento social não é universal. Vejamos o caso da entrevistada que acha ótimo ter passado a receber mais visitas dos familiares desde que parou de dirigir.

As perdas reais que podem ser percebidas quando a mobilidade é reduzida a níveis mínimos precisam ter a atenção da sociedade. Idosos que estiveram acostumados a altos níveis de mobilidade podem experimentar as mais profundas perdas se tornarem-se incapazes de dirigir seus automóveis.

Aqueles que hoje planejam aposentar-se, necessitam também de planejamento para aposentar-se do volante do automóvel, ou pelo menos começar a refletir sobre isso, para que novas idéias e soluções surjam e para

que o fato não se configure tão surpreendente e carregado de valores negativos para nossa autonomia e independência.

A atitude de “evitar o quanto for possível” precisa ser substituída, pois acreditamos que o planejamento para as grandes mudanças é um dos melhores caminhos para se lidar com temas difíceis da velhice.

Informações reais e desprovidas de carga emocional sobre a redução e interrupção da direção de automóveis pelos idosos podem ajudar nas tomadas de decisão e precisam ser fornecidas aos idosos e seus familiares, que na sua maioria não abordam ou abordam muito tardiamente o assunto.

A “aposentadoria do volante” necessita ser planejada e esse planejamento precisa ser promovido, discutido com todos os segmentos de nossa sociedade, não somente com nossos cidadãos de maior idade.

Um grande número de opções pode funcionar como possíveis intervenções para aliviar algumas das conseqüências negativas da perda da carteira nacional de habilitação e da redução da mobilidade. Essas opções vão desde programas de aconselhamento e educação, até a criação de mais alternativas às viagens em que o idoso dirige, aumentar a automaticidade dos automóveis particulares (num futuro próximo) ou mudar a estrutura de nossas comunidades e seus padrões de necessidade de viagens, sendo essas últimas opções obviamente mais ambiciosas e caras.

A solução ideal precisaria prover não apenas o livre deslocamento, mas o senso de segurança, independência e dignidade que dirigir o próprio automóvel propicia. Talvez seja preciso uma reengenharia do automóvel e reengenharia das ruas e estradas.

Limitações graduais das permissões para dirigir também podem funcionar como um meio de facilitar a transição para o deixar de dirigir.

A mídia exerce forte influência no modo como a sociedade vê os motoristas idosos e na impressão que eles têm deles mesmos, enaltecendo a juventude, em detrimento da velhice.

Quando vemos comerciais de automóveis ou comerciais em geral, nós raramente vemos atores idosos. Estes são usualmente crianças, adolescentes, jovens adultos ou pessoas de meia idade. Por quê? Talvez as empresas de

publicidade pensem que atores idosos não terão apelo comercial para os produtos anunciados na sociedade atual ou que os idosos não sejam importantes o bastante como público-alvo.

Em alguns anos, muitos de nós seremos considerados oficialmente idosos e haverá muitos mais motoristas idosos do que há agora.

Devemos esperar grandes mudanças nas próximas décadas. É muito provável que, quando os meios de comunicação incorporarem a população idosa como alvo publicitário, o que pode estar muito próximo de acontecer devido à importância econômica que esta população tem ganhado nos últimos anos, haja uma profunda mudança em como enxergamos e interpretamos o idoso e, em particular, o motorista idoso.

Dirigir com segurança exige a integração de complexas tarefas motoras, visuais e cognitivas, apesar de muitos motoristas com déficits leves a moderados, sejam visuais, motores ou cognitivos, possam continuar a dirigir em segurança, provavelmente porque essas tarefas foram consolidadas em um padrão instintivo aprendido de dirigir. Essa habilidade costuma ser afetada apenas quando há considerável perda de uma dessas funções.

Para compensar déficits funcionais moderados, a maioria dos idosos evitam dirigir em horários e em vias de grande movimento, evitam dirigir longas distâncias, e dirigem menos à noite. Os idosos possuem um comportamento educado e quase sempre praticam a direção defensiva.

Motoristas idosos são também mais cautelosos que motoristas jovens, dirigem com menor velocidade e assumem menos riscos no trânsito.

Porque os motoristas idosos dirigem menos que os jovens e porque são mais cuidadosos, eles têm menos acidentes. O risco de colisões diminui consideravelmente com a idade, o que não passa despercebido pelas companhias de seguro, que diminuem seus preços.

Portanto, ao contrário do que muitos pensam, os idosos não representam uma ameaça no trânsito. É um mito que os motoristas idosos sejam responsáveis por um número desproporcional de acidentes de trânsito. Somente 6,2% dos condutores envolvidos em acidentes estão com idade acima dos 55 anos. Já 27,9% dos condutores que causam acidentes estão

entre 25 a 34 anos e 24,8% entre 18 a 24 anos, de acordo com dados do DETRAM-SP.

O idoso pode e deve dirigir desde que tenha condições físicas e mentais para isso. Essa restrição não é exclusiva dos idosos. Todos os condutores devem gozar de plena saúde física e mental para dirigir. Os reflexos, a visão, a audição e senso de perigo devem ser observados pelas pessoas próximas (familiares e amigos) e pelo médico do idoso.

Profissionais de saúde deveriam tentar preservar a autonomia e a qualidade de vida dos pacientes. Por outro lado, após avaliar um motorista idoso, pode ver-se na obrigação de recomendar que ele pare de dirigir, quando houver risco para idoso e para outros motoristas, passageiros e pedestres.

Fazer essa recomendação nem sempre é fácil, pois como já dissemos, a perda dos privilégios de dirigir seu próprio veículo frequentemente é o primeiro desafio à manutenção da autonomia da pessoa idosa.

Devemos ainda levar em conta que o isolamento social advindo da interrupção da direção pode levar a piora do status funcional do idoso.

Devem ser avaliadas, além das funções motora e visual, também a função cognitiva para essa decisão e para a renovação da Carteira Nacional de Habilitação (CNH).

Muitos motoristas idosos não identificam problemas com seu modo de dirigir, em particular aqueles com comprometimento cognitivo.

Estima-se que o risco de envolver-se em acidente automobilístico seja cinco vezes maior entre os idosos com demência leve a moderada do que naqueles sem demência. Pessoas com demência grave não devem continuar a dirigir.

A perda de cognição (capacidade de decisão, de associar informações), a hipertensão e os problemas na visão, nas articulações e na musculatura podem fazer com que o idoso tenha de reduzir o uso do carro ou até deixar de dirigir.

Além disso, alguns medicamentos recomendados aos idosos, como benzodiazepínicos, neurolépticos, etc., podem prejudicar seus reflexos, aumentando o risco de acidentes.

Pode-se concluir que entre aqueles idosos que contavam com seus carros como principal meio de transporte, mobilização e socialização, houve um comprometimento da qualidade de vida por diminuição da independência e autonomia.

Atenção à qualidade de vida do idoso antes e depois de ter sido revogada sua licença para dirigir é importante porque aqueles que param de dirigir estão sob maior risco de isolamento e depressão, podendo ainda sofrer piora funcional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4th. Washington: American Psychiatric Association, 1994.

AMIEVA, H. GOFF, M.L.; MILLET, X. et. al. Prodromal Alzheimer's disease: successive emergence of the clinical symptoms. **Ann Neurol**, **64**(5): 492-498, 2008.

ARGIMON, I.I.L.; TIMM, L.A.; RIGONI, M.S.; OLIVEIRA, M.S. Instrumentos de avaliação de memória em idosos: uma revisão. **RBCEH**, Passo Fundo, 28-35, 2005.

ARGIMON, I.I.L.; STEIN, L.M. Habilidade cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cad. Saúde Pública**, **21** (1): 64-72, 2005.

BERNSTEIN, T. Número de carteiras de habilitação para a "moçada" da terceira idade aumenta 112%. In: Notícias do Cidadão – Portal da Terceira Idade, acessado em 30 de setembro de 2007. Disponível:http://www.portalterceiraidade.com.br/horizontais/noticias_cidadao/anteriores/antterior0054.htm

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI JR, J.Y. O Mini-Exame do Estado mental em uma população brasileira: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**, **52**(1): 1-7, 1994.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. Sugestões para o Uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, **61**(3-B): 777-81, 2003.

CAMANARO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, E.V., Py, L., Neri, A.L., Cançado, F.A.X., Gorzoni,

M.L., Rocha, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 58-71, 2002.

CARAMELLI, P. Avaliação clínica e complementar para o estabelecimento do diagnóstico de demência. In: Freitas EV, Py L, Cancado FAX, Doll J, Gorzoni ML. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2a ed.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p. 238-241, 2006.

CARAMELLI, P.; CARTHERY, M.T.; PORTO, C.S. et. al. Teste de fluência verbal no diagnóstico da doença de Alzheimer leve: notas de corte em função da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*, 61 (suppl 2), 2003.

CARR, D.B. In: Gallo, J.J. **Care of the elderly: clinical aspects of aging**. 5ªed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998.

CARR, D.B. The older adult driver. **American Family Physician**, 61 (1), 2000.

CENTRAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK (CBS). **De mobiliteit van de Nederlandse bevolking in 1986**. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1987.

EDWARDS, J.D.; LUNSMAN, M.; PERKINS, M.; REBOK, G.W.; ROTH, D.L. Driving Cessation and Health Trajectories in Older Adults. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, 64 (12), 1290-1295, 2009.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Mini-mental state" - a practical method for grading the mental state of patients for clinician. **J Psychiat Res**, 12: 189-198, 1975.

GILLESPIE, N.D.; MCMURDO, M.E.T. A survey of attitudes and Knowledge of geriatrics to driving in elderly patients. **Age and Aging**, 28:53 – 47, 1999.

GOLDIM, J.R. Bioética e envelhecimento. In.: Freitas, E.V., Py, L., Neri, A.L., Cancado, F.A.X., Gorzoni, M.L., Rocha, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 85-90, 2002.

HAMILTON, M.A. A rating scale for depression. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, **23**: 56-62, 1960.

HEINIK, J.; SOLOMESH, I.; BLEICH, A.; BERKMAN, P. Are the Clock Drawing Test and the MMSE Combined Interchangeable with CAMCOG as a Dementia Evaluation Instrument in a Specialized Outpatient Setting? **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology**. Vol. **16**, nº2, June, 2003.

HENRY, J.D.; CRAWFORD, J.R. Verbal fluency performance in dementia of the Alzheimer's type: a metaanalysis. **Neuropsychology**, **19**: 243-252, 2004.

KINGTON, R.; REUBEN, D.; ROGOWSKI, J.; LILLARD, L. Sociodemographic and health factors in driving after 50 years of age. **Am J Public Health**, **84**, 1327-1329, 1994.

KLEIN, R. Age related disease, visual impairment and driving in the elderly. **Hum Factors**, **33**: 521 – 5, 1991.

LAKS, J.; BATISTA, E.M.; GUILHERME, E.R. et. al. Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly: importance of evaluating activities of daily living. **Arq Neuropsiquiatr**, **63**: 207-212, 2005.

LEMOS, N.; MEDEIROS, S.L. Suporte social ao idoso dependente. In.: Freitas, E.V., Py, L., Neri, A.L., Cançado, F.A.X., Gorzoni, M.L., Rocha, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 893-897, 2002.

MALFETTI, J.L.; WINTER, D.J. **Concerned about an older driver?: a guide for families and friends**. Washington: AAA Foundation for Traffic Safety, 1991.

MAROTTOLI, R.A. Driving safety in elderly individuals. **Connecticut Medicine**, **57**(5), 277-280, 1993.

MAROTTOLI, R.A.; OSTFELD, A.M.; MERRIL, S.S. et. al. Driving cessation and changes in mileage driven among elderly individuals. **J Gerontology: Social Sciences**, **48**(5), S255-S260, 1993.

MCKHANN, G.; DRACHMAN, D.; FOLSTEIN, M. et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of the Department of Health and Human Services task force on Alzheimer's disease. **Neurology** **34**, 939-944, 1984.

NERI, A.L. O curso do desenvolvimento intelectual na vida adulta e na velhice. In.: Freitas, E.V., Py, L., Neri, A.L., Cançado, F.A.X., Gorzoni, M.L., Rocha, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 900-913, 2002.

O'NEILL, D. Dementia and driving: screening, assessment and advice. **Lancet**: **348**: 1114, 1996.

O'NEILL, D. The older driver. **Rev Clin Gerontol**, **6**:295 – 302, 1996.

PASCHOAL, S.M.P. **Autonomia e independência**. In: Papaléo Netto, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996.

___ The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, **41**(10), 1403-9, 1995.

PERRACINI, M.; NAJAS, M.; BILTON, T. Conceitos e princípios em reabilitação gerontológica. In.: Freitas, E.V., Py, L., Neri, A.L., Cançado, F.A.X., Gorzoni, M.L., Rocha, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 815-819, 2002.

REUBEN, D.B. **Assessment of older drivers**. In: Retchin, S.M. Clinics in geriatric medicine: medical considerations in the older driver. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1993.

ROTH, M.; TYM, E.; MOUNTJOY, C.O.; HUPPERT, F.A. et. al. CAMDEX: A standardized instrument for the diagnosis of mental disorders in the elderly with special reference to the early detection of dementia. **Brit J Psychiatry** **149**, 698-709, 1986.

ROZESTRATEN, R.J.A. O idoso, suas capacidades psíquicas e o trabalho. **Ciência e cultura**, **40(7)**, 673-679, 1988.

RTA - Road Traffic Act 267/811981, Helsinki: Government of Finland.

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Impacto na Autonomia dos Idosos que Pararam de Dirigir

I - O presente estudo tem como objetivo identificar e avaliar o impacto na autonomia dos idosos que perderam a Carteira Nacional de Habilitação, e será realizado pelo aluno do curso de Pós-graduação em Gerontologia da PUCSP Caetano Munhoz De Domenico, sob a orientação da Prof^a Suzana Aparecida da Rocha Medeiros.

II – Após o preenchimento do termo de consentimento, as questões serão aplicadas de forma individual.

III – A qualquer momento você pode desistir da participação na pesquisa.

IV – Os dados obtidos com as respostas do questionário (ou dos resultados obtidos mediante os procedimentos realizados na pesquisa) poderão ser publicados, mas seus dados pessoais serão mantidos em sigilo.

Eu, _____, após ter recebido informações sobre o estudo “O Impacto na Autonomia dos Idosos que Pararam de Dirigir” por meio da carta informativa lida por mim ou por terceiro, declaro que ficaram claros os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Não tendo nenhuma dúvida a respeito da pesquisa, concordo voluntariamente em participar deste estudo, o qual poderei deixar de participar a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos, ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Data: ____/____/____

Assinatura do indivíduo/ representante legal

Anexo 2 – Pontuação dos sub-itens do CAMCOG (ROTH et. al., 1986)

Orientação - temporal = 5 pontos
- espacial = 5 pontos

Linguagem - *compreensão* - resposta motora = 4 pontos
- resposta verbal = 3 pontos
- leitura = 2 pontos

- *expressão* - definições = 6 pontos
- nomes de figuras = 6 pontos
- fluência verbal = 6 pontos
- repetição + endereço = 3 pontos

Memória - remota = 6 pontos
- recente = 4 pontos
- aprendido - evocação = 6 pontos
- reconhecimento = 6 pontos
- fixação (endereço) = 5 pontos

Atenção - contagem regressiva = 2 pontos
- subtração dos sete = 5 pontos

Praxia = 12 pontos

Cálculo = 2 pontos

Pensamento abstrato = 8 pontos

Percepção = 11 pontos

Total de pontos = 107

**Anexo 3 – Pontuação dos Sub-itens do Mini Exame do Estado Mental
(FOLSTEIN et al., 1975)**

Orientação - temporal = 5 pontos
- espacial = 5 pontos

Memória imediata = 3 pontos

Atenção e cálculo = 5 pontos

Evocação = 3 pontos

Linguagem - nomeação = 2 pontos
- repetição = 1 ponto
- comando = 3 pontos
- ler e obedecer = 1 ponto
- escrever uma frase = 1 ponto
- copiar um desenho = 1 ponto

Total de pontos = 30

Anexo 4 – Adaptação da pontuação do TDR pelo *Clock Drawing Interpretation Scale* (MENDEZ et al., 1992)

(1 ponto por item correto)

1. Tentativa de indicar horário de qualquer forma.
2. Todos os elementos fazem parte da figura do “relógio”.
3. Há uma figura fechada sem falhas.

Pontuar somente se houver os números do relógio.

4. Um “2” está presente e é apontado de alguma forma para um horário.
5. A maioria dos símbolos está distribuída no círculo sem maiores falhas.
6. Três ou mais quadrantes do relógio tem um ou mais números apropriados (12-3; 3-6; 6-9; 9-12)
7. A maioria dos símbolos está ordenada numa distribuição normal de relógio ou estão em distribuição horário.
8. Todos os símbolos estão dentro da figura.
9. Um “11” está presente e é devidamente apontado para horário.
10. Todos os números 1-12 estão indicados.
11. Não há duplicação ou repetição de números.
12. Não há substituição de algarismos arábicos ou romanos.
13. Os números não costumam ultrapassar o 12.
14. Todos os símbolos circundam igualmente o canto do relógio.
15. Sete ou mais símbolos do mesmo tipo são ordenados seqüencialmente.

Pontuar somente se houver ponteiros.

16. Os ponteiros saem do centro.
17. Um ponteiro é visivelmente maior que o outro.
18. Há dois ponteiros estão claramente separados.
19. Os ponteiros estão totalmente dentro do relógio.
20. Há uma tentativa de indicar horário com um ou dois ponteiros

Total de pontos: 20 (ponto de corte: 18)

Anexo 5 – Adaptação da pontuação do TDR pela escala de SHULMAN et al., 1993

5 pontos = desenho do relógio perfeito.

4 pontos = mínimo erro visuoespacial.

3 pontos = representação inadequada do horário “11:10”, sem grande alteração visuoespacial.

2 pontos = erro visuoespacial moderado, impossibilitando a indicação com os ponteiros.

1 ponto = desenhos de relógio com grande desorganização visuoespacial.

0 ponto = incapacidade para representar qualquer imagem que lembre um relógio.

Anexo 6 – Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale – YESAVAGE et al., 1983)

Questões	Respostas
(1) Em geral, você está satisfeito com sua vida?	sim/não
(2) Você abandonou várias de suas atividades ou interesses?	sim/não
(3) Você sente que sua vida está vazia?	sim/não
(4) Você se sente aborrecido com freqüência?	sim/não
(5) Você está de bom humor durante a maior parte do tempo?	sim/não
(6) Você teme que algo de ruim aconteça com você?	sim/não
(7) Você se sente feliz durante a maior parte do tempo?	sim/não
(8) Você se sente desamparado a maior parte do tempo?	sim/não
(9) Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	sim/não
(10) Você acha que apresenta mais problemas com a memória do que antes?	sim/não
(11) Atualmente, você acha maravilhoso estar vivo?	sim/não
(12) Você considera inútil a forma em que se encontra agora?	sim/não
(13) Você se sente cheio de energia?	sim/não
(14) Você considera sem esperança a situação em que se encontra?	sim/não
(15) Você considera que a maioria das pessoas está melhor do que você?	sim/não

As seguintes respostas valem um ponto:

(1) não	(2) sim	(3) sim	(4) sim	(5) não
(6) sim	(7) não	(8) sim	(9) sim	(10) sim
(11) não	(12) sim	(13) não	(14) sim	(15) sim

Os escores inferiores a 5 são normais; entre 5 e 10 indicam depressão leve a moderada; escores maiores que 10 indicam depressão grave.

Anexo 7 – itens da Escala de Depressão do CAMDEX (ROTH et. al., 1986)

Questão	Pontuação
- Você acha mais difícil tomar decisões usualmente?	Não (0)/Sim (1)
- Você se sente triste, deprimido ou infeliz?	Não (0)/Sim (1)
- Você se sente mais tenso ou preocupado com pequenas coisas do que antes?	Não (0)/Sim (1)
- Você perdeu o prazer ou interesse em fazer coisas que costumavam interessá-lo ou agradá-lo?	Não (0)/Sim (1)
- Você acha que perdeu energia recentemente e que está mais difícil fazer as coisas?	Não (0)/Sim (1)
- Como você se sente sobre seu futuro?	Neutro, otimista (0) Pessimista (2)
- Você tem preferido ficar sozinho recentemente?	Não (0)/Sim (1)
- Você sente algumas vezes que não vale a pena viver?	Não (0)/Sim (1)
- Você se considera uma pessoa nervosa?	Não (0)/Sim (1)
- Você alguma vez teve uma doença nervosa ou emocional que necessitou de tratamento?	Não (0) 1 episódio (1) 2 episódios (2) 3 episódios (3) 4 episódios (4) 5 episódios (5) 6 episódios (6) > 6 episódios (7)
- Ele(a) tem tido dificuldades para tomar decisões ultimamente?	Não (0)/Sim (1)
- Ele(a) acorda de madrugada e não consegue dormir novamente?	Não (0)/Sim (1)
- Você o(a) considera deprimido(a)?	Não (0)/Sim (1)
- Ele(a) já teve algum problema de nervos ou emocional que precisasse de tratamento?	Não (0) 1 episódio (1) 2 episódios (2) 3 episódios (3) 4 episódios (4) 5 episódios (5) 6 episódios ou mais (6)

Anexo 8 – Escala de Atividades Funcionais de Pfeffer (PFEFFER et. al., 1982)

1. Ele (a) manuseia seu próprio dinheiro?

- 0 = normal, ou nunca o fez mas poderia fazê-lo agora
- 1 = faz com dificuldades, ou nunca o fez e agora teria dificuldades
- 2 = necessita de ajuda
- 3 = não e capaz

2. Ele (a) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho (a)?

- 0 = normal, ou nunca o fez mas poderia fazê-lo agora
- 1 = faz com dificuldades, ou nunca o fez e agora teria dificuldades
- 2 = necessita de ajuda
- 3 = não e capaz

3. Ele (a) é capaz de esquentar água para o café e apagar o fogo?

- 0 = normal, ou nunca o fez mas poderia fazê-lo agora
- 1 = faz com dificuldades, ou nunca o fez e agora teria dificuldades
- 2 = necessita de ajuda
- 3 = não e capaz

4. Ele (a) é capaz de preparar uma comida?

- 0 = normal, ou nunca o fez mas poderia fazê-lo agora
- 1 = faz com dificuldades, ou nunca o fez e agora teria dificuldades
- 2 = necessita de ajuda
- 3 = não e capaz

5. Ele (a) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?

- 0 = normal, ou nunca o fez mas poderia fazê-lo agora
- 1 = faz com dificuldades, ou nunca o fez e agora teria dificuldades
- 2 = necessita de ajuda
- 3 = não e capaz

6. Ele (a) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?

- 0 = normal, ou nunca o fez mas poderia fazê-lo agora
- 1 = faz com dificuldades, ou nunca o fez e agora teria dificuldades
- 2 = necessita de ajuda
- 3 = não e capaz

7. Ele (a) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares, feriados?

- 0 = normal, ou nunca o fez mas poderia fazê-lo agora
- 1 = faz com dificuldades, ou nunca o fez e agora teria dificuldades
- 2 = necessita de ajuda
- 3 = não e capaz

8. Ele (a) é capaz de manusear seus próprios remédios?

- 0 = normal, ou nunca o fez mas poderia fazê-lo agora
- 1 = faz com dificuldades, ou nunca o fez e agora teria dificuldades
- 2 = necessita de ajuda
- 3 = não e capaz

9. Ele (a) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?

0 = normal, ou nunca o fez mas poderia fazê-lo agora

1 = faz com dificuldades, ou nunca o fez e agora teria dificuldades

2 = necessita de ajuda

3 = não é capaz

10. Ele (a) pode ser deixado (a) em casa sozinho (a) de forma segura?

0 = normal, ou nunca ficou, mas poderia ficar agora

1 = sim, mas com precauções ou nunca ficou e agora teria dificuldades

2 = sim, por períodos curtos

3 = não poderia

Total = 30 pontos

APÊNDICE

Apêndice 1 – Questionário sobre o autorrelato da participante I.S.M em relação a autonomia e os efeitos de parar de dirigir.

Questionário

Nome: I.S.M.

Data de Nascimento: 29/12/1932

Sexo: F

Idade: 77

Escolaridade: 1 a 4 anos

Dirige há quanto tempo: desde os 18 anos até os 76 anos (durante 58 anos).

CNH: válida.

1 – Como o Sr^(a) se sentiu quando parou de dirigir?

R: Ah, desanimada... (pausa). Eu não queria parar de dirigir. Era mais fácil.

Antes eu usava meu carro pra ir ao mercado, à feira e ao centro. Sabe, até falta a linha para o crochê, porque sou eu que tenho que escolher a que me serve.

Eu já não saía todo dia, mas quando precisava tinha lá o carro e ia. Era mais fácil

2 – De quem foi a decisão de parar de dirigir? Sua? Da família? Do médico? Outros?

R: Dos meus sobrinhos. Tudo bem, eles me ajudam com tudo, são uns anjos.

Tem muita coisa que eu faço a pé, mas não dá para carregar as compras. Aí a Cláudia me ajuda.

3 – Como estão as atividades do cotidiano agora? Dificultou a realização de tarefas como ir ao mercado, ou ao lazer?

R: Ainda vou ao mercado, mas vou com a Cláudia minha sobrinha. Ela tem me ajudado muito è bom ter companhia. Gosto de comprar umas besteirinhas e ela me dá umas broncas. Fala que eu não como direito (risos). Faço menos passeios de carro agora...

4 – Como o Sr^(a) faz agora para realizar essas tarefas? Depende de transporte público (ônibus)? Utiliza taxi? Depende dos filhos ou vizinhos? Outros?

R: Dependo dos sobrinhos para me levarem para o mercado, para a loja, para o médico... Parei de ajudar na pastoral bem antes. Mas não quero só ficar em casa. Ainda tem as excursões que a gente faz no clube dos aposentados. A última foi pra Serra Negra. A minha amiga Bete também foi, mas ela anda muito devagar, porque é meio gordinha e tem artrose no joelho, aí tem que ficar parando...

Táxi não dá, só se precisar muito. Está caro!

Bom, ônibus normal eu não sei pegar. Prefiro pedir para a minha sobrinha. Só ando de ônibus da excursão.

5 – O Sr^(a) acredita que essa situação (não dirigir mais) poderia ser diferente? De que maneira?

R: Se minha cabeça ajudasse eu poderia continuar dirigindo...

** A paciente parou de dirigir, mas o seu carro continua na garagem. Parece que a presença do carro na garagem faz com que a paciente se sinta bem, como se não tivesse parado de dirigir.*

Apêndice 2 – Questionário sobre o autorrelato da participante L.P.V. em relação a autonomia e os efeitos de parar de dirigir.

Questionário

Nome: L.P.V.

Data de Nascimento: 18/06/1934

Sexo: F

Idade: 76

Escolaridade: 1 a 4 anos

Dirige há quanto tempo: desde os 18 anos até os 84 anos (durante 66 anos).

CNH: válida.

1 – Como o Sr^(a) se sentiu quando parou de dirigir?

R: Parei de dirigir por causa do fêmur. Se não tivesse quebrado eu ainda estaria dirigindo. Me arrependo por não dirigir mais.

2 – De quem foi a decisão de parar de dirigir? Sua? Da família? Do médico? Outros?

R: Minha mesmo. Quando percebi que a recuperação seria difícil

3 – Como estão as atividades do cotidiano agora? Dificultou a realização de tarefas como ir ao mercado, ou ao lazer?

R: Agora a família vem me visitar sempre (mora sozinha). Acho ótimo! Jogamos baralho, fazemos almoço e nos reunimos bastante. Sinto-me muito disposta para as coisas da casa, limpar, lavar, passar. Faço tudo sozinha! Pouco saio, não preciso muito e eles estão sempre aqui.

4 – Como o Sr^(a) faz agora para realizar essas tarefas? Depende de transporte público (ônibus)? Utiliza taxi? Depende dos filhos ou vizinhos? Outros?

R: Dependo de alguém para vir me buscar. Não tenho condição de andar de ônibus por causa das tonturas. Às vezes acho meio chato abusar dos meus filhos, então só peço o necessário.

5 – O Sr^(a) acredita que essa situação (não dirigir mais) poderia ser diferente? De que maneira?

*R: Se eu não tivesse quebrado a perna, com certeza estaria dirigindo. Eu não vou abrir mão do meu carro. *Ele continua comigo.*

** A paciente parou de dirigir, mas o seu carro continua na garagem. Parece que a presença do carro na garagem faz com que a paciente se sinta bem, como se não tivesse parado de dirigir.*

Apêndice 3 – Questionário sobre o autorrelato da participante M.S.P. em relação a autonomia e os efeitos de parar de dirigir.

Questionário

Nome: M.S.P.

Data de Nascimento: 18/06/1934

Sexo: F

Idade: 76

Escolaridade: 1 a 4 anos

Dirige há quanto tempo: desde os 18 anos até atualmente.

CNH: válida.

1 – Como a Sr^(a) se sentiu quando parou de dirigir?

R: Ando muito triste, chorona. Não tenho vontade de fazer nada (em tom baixo e de lamentação, esboça choro).

2 – De quem foi a decisão de parar de dirigir? Sua? Da família? Do médico? Outros?

R: Da minha filha (pausa). Como eu andava meio esquecida, errava o caminho quando saía. (Segundo sua filha, a paciente perdeu-se perto de sua casa quando saiu para comprar cigarros).

3 – Como estão as atividades do cotidiano agora? Dificultou a realização de tarefas como ir ao mercado, ou ao lazer?

R: Não vou mais ao mercado, pouco saio. Ando muito esquecida. (Foi necessário contratar uma empregada que faz as compras e realiza as tarefas domésticas, bem como fazer a tutela da paciente).

4 – Como o Sr^(a) faz agora para realizar essas tarefas? Depende de transporte público (ônibus)? Utiliza taxi? Depende dos filhos ou vizinhos? Outros?

R: Só saio com minha filha. Sinto-me mais segura.

5 – O Sr^(a) acredita que essa situação (não dirigir mais) poderia ser diferente? De que maneira?

R: “Não poderia. Ando muito esquecida e com muitas dores.”

Apêndice 4 – Questionário sobre o autorrelato do participante M.E.A. em relação a autonomia e os efeitos de parar de dirigir.

Questionário

Nome: M.E.A.

Data de Nascimento: 13/09/1038

Sexo: M Idade: 72 Escolaridade: 5 a 8 anos

Dirige há quanto tempo: desde os 18 anos (parou de dirigir há 3 meses) – durante 54 anos.

CNH: válida.

1 – Como o Sr^(a) se sentiu quando parou de dirigir?

R: Um inútil! Dirijo há 54 anos e nunca tive um acidente grave. Ensinei meus filhos a dirigir e sempre gostei de pegar a estrada.

2 – De quem foi a decisão de parar de dirigir? Sua? Da família? Do médico? Outros?

R: Pelo problema com os joelhos, tive que parar de dirigir, porque não conseguia mais. O Eduardo (filho) achou melhor parar de dirigir. Mas eu sinto falta, viu...

3 – Como estão as atividades do cotidiano agora? Dificultou a realização de tarefas como ir ao mercado, ou ao lazer?

R: Nunca fui de ir ao mercado sozinho, sempre levava a esposa. Com relação às atividades de lazer não faço mais porque não dá para depender sempre do meu filho. Ia ao clube para encontrar os amigos. Tenho também uma chacinha...

4 – Como o Sr^(a) faz agora para realizar essas tarefas? Depende de transporte público (ônibus)? Utiliza taxi? Depende dos filhos ou vizinhos? Outros?

R: O Eduardo (filho) me leva para os lugares que eu preciso ir.

5 – O Sr^(a) acredita que essa situação (não dirigir mais) poderia ser diferente? De que maneira?

R: “Quero voltar a dirigir. Me sinto inútil agora. Quero melhorar para poder voltar a fazer as coisas que eu gosto e não ter que depender de ninguém”.

Apêndice 5 – Questionário sobre o autorrelato do participante N.A.A.C. em relação a autonomia e os efeitos de parar de dirigir.

Questionário

Nome: N.A.A.C.

Data de Nascimento: 10/12/1920

Sexo: M

Idade: 90

Escolaridade: > 11 anos

Dirige há quanto tempo: desde os 18 anos – durante 72 anos

CNH: não conseguiu renovar

1 – Como o Sr^(a) se sentiu quando parou de dirigir?

R: ... (Silêncio. Dá com os ombros, fazendo expressão facial de desagrado)

2 – De quem foi a decisão de parar de dirigir? Sua? Da família? Do médico? Outros?

R: Do meu médico e da minha filha.

3 – Como estão as atividades do cotidiano agora? Dificultou a realização de tarefas como ir ao mercado, ou ao lazer?

R: Não posso fazer mais nada que eu quero! (Nota-se aumento e firmeza no tom da voz, como que exprimindo contrariedade). Não me conformo muito com isso. Sempre dirigi... Minha vida mudou muito mesmo.

4 – Como o Sr^(a) faz agora para realizar essas tarefas? Depende de transporte público (ônibus)? Utiliza táxi? Depende dos filhos ou vizinhos? Outros?

R: Minha filha faz tudo. Faz as compras, compra os remédios, cuida de tudo mesmo...

5 – O Sr^(a) acredita que essa situação (não dirigir mais) poderia ser diferente? De que maneira?

R: “Eu poderia estar dirigindo!” (novamente tom de voz aumentado e firme).

**mesmo tendo sido obrigado a parar de dirigir, pega o carro sem autorização da filha. Já bateu o carro duas vezes (acidentes sérios) e acha que a culpa é dos outros motoristas. Rala o carro toda vez que vai colocar na garagem.*

Apêndice 6 – Questionário sobre o autorrelato da participante T.A. em relação a autonomia e os efeitos de parar de dirigir.

Questionário

Nome: T.A.

Data de Nascimento: 16/08/1926

Sexo: F

Idade: 84

Escolaridade: 9 a 11 anos

Dirige há quanto tempo: desde os 18 anos – durante 66 anos.

CNH: válida

1 – Como o(a) Sr^(a) se sentiu quando parou de dirigir?

R: Ficar dependo dos outros é muito complicado. Não dá para ficar dependo da filha e nem ficar gastando com táxi. Sinto-me sem valor...

2 – De quem foi a decisão de parar de dirigir? Sua? Da família? Do médico? Outros?

R: Do doutor. Minha filha também queria. E acho que meu genro também. Nem me deixaram renovar a carteira (de motorista).

3 – Como estão as atividades do cotidiano agora? Dificultou a realização de tarefas como ir ao mercado, ou ao lazer?

R: Não posso fazer mais nada que eu quero. Ou até posso, mas é mais difícil. Tem que chamar o táxi, esperar. Acabo deixando de lado...

4 – Como o Sr^(a) faz agora para realizar essas tarefas? Depende de transporte público (ônibus)? Utiliza táxi? Depende dos filhos ou vizinhos? Outros?

R: Minha filha e meu genro, que moram aqui, me levam nos lugares. Eu ia sempre no cemitério, na igreja, na casa do meu outro filho. Agora tem que ficar pedindo. Demora... Eles trabalham.

5 – O Sr^(a) acredita que essa situação (não dirigir mais) poderia ser diferente? De que maneira?

R: Agora ônibus é tão complicado... O governo, a prefeitura, tinham que dar um jeito... Não sei como.

Apêndice 7 – Questionário sobre o autorrelato da participante W.A.M. em relação a autonomia e os efeitos de parar de dirigir.

Questionário

Nome: W.A.M.

Data de Nascimento: 29/03/1931

Sexo: F

Idade: 79

Escolaridade: 1 a 4 anos

Dirige há quanto tempo: desde os 18 anos até atualmente. Está diminuindo a direção por causa das dificuldades visuais e pelos problemas na coluna.

CNH: válida

1 – Como o(a) Sr^(a) se sentiu quando parou de dirigir?

R: Gostaria de estar guiando como antes. Estou tendo que parar por causa dos problemas na coluna. É difícil de manobrar o carro... Ainda arrisco uma saidinha ou outra, mas não me sinto segura como antes. Não dirijo mais a noite por causa da vista e só vou aqui perto. Estrada nem pensar!

2 – De quem foi a decisão de parar de dirigir? Sua? Da família? Do médico? Outros?

R: Dos filhos e minha mesmo. É mais difícil eu dirigir agora.

3 – Como estão as atividades do cotidiano agora? Dificultou a realização de tarefas como ir ao mercado, ou ao lazer?

R: É... Para o mercado eu sempre vou com minha ajudante, a Maria. Ela também dirige e tem até o carrinho dela... Ela é bem cuidadosa. Eu e as minhas irmãs nos reunimos cada dia na casa de uma para o café da tarde. Só preciso combinar carona quando tem bingo beneficente. Não perco um e sempre volto com alguma coisinha para casa (risos)...

4 – Como o Sr^(a) faz agora para realizar essas tarefas? Depende de transporte público (ônibus)? Utiliza táxi? Depende dos filhos ou vizinhos? Outros?

R: Uso meu carro mesmo, que a Maria também dirige. Quando tenho que comprar algum presentinho ou lembrancinha para alguém, pego o carro e vou ao shopping, mas não em dia de movimento.

5 – O Sr^(a) acredita que essa situação (não dirigir mais) poderia ser diferente?
De que maneira?

R: “Sei que precisava, mas não queria parar. Deviam inventar alguma maneira mais fácil, sei lá... para não depender dos outros...”