

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

ALETHÉIA PETERS PAVAN

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E TOMADA DE DECISÃO EM IDOSOS
PARTICIPANTES DE GRUPOS SOCIOTERÁPICOS DA CIDADE DE ARROIO DO
MEIO, RS/BRASIL**

PORTO ALEGRE

2008

ALETHÉIA PETERS PAVAN

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E TOMADA DE DECISÃO EM IDOSOS
PARTICIPANTES DE GRUPOS SOCIOTERÁPICOS DA CIDADE DE ARROIO DO
MEIO, RS/BRASIL**

Dissertação (Mestrado) apresentada ao Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Biomédica.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

PORTO ALEGRE

2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P337a Pavan, Alethéia Peters
Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS/Brasil / Alethéia Peters Pavan. - Porto Alegre, 2008.
56 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, PUCRS, 2008.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim.

1. Geriatria. 2. Envelhecimento – Aspectos Sociais. 3. Idoso – Qualidade de Vida. 4. Envelhecimento – Aspectos Psicológicos. I. Título. II. Goldim, José Roberto.

CDD 618.97

Bibliotecária Responsável: Deisi Hauenstein CRB 10/1479

ALETHÉIA PETERS PAVAN

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E TOMADA DE DECISÃO EM IDOSOS
PARTICIPANTES DE GRUPOS SOCIOTERÁPICOS DA CIDADE DE ARROIO DO
MEIO, RS/BRASIL**

Dissertação (Mestrado) apresentada ao Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Biomédica.

APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA

Porto alegre, de de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

Profa. Dra. Marion Creutzberg

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider

AGRADECIMENTOS

*"A gratidão é o único tesouro dos humildes".
Shakespeare*

Agradeço, antes de tudo, a Deus. Ele me faz ter fé no ser humano e, por isso, me motiva a buscar subsídios que convençam o Homem de que o conhecimento tecnológico deve servir de forma Ética e Humanitária aos seres humanos.

Obrigada,

Ao Prof. Dr. José Roberto Goldim, pelo mérito de ter me apresentado ao universo fascinante da Bioética, com suas aulas dinâmicas e imprevisíveis e, posteriormente, ao incentivo durante a orientação deste trabalho.

Definitivamente, nada sou sem a base sólida e consistente que encontro em minha família, especialmente, minha mãe e meu noivo, plenos de incentivo e carinho comigo.

Aos funcionários do IGG, Paulo, Mônica e Cleitiane, que, desempenhando seu trabalho com uma dose extra de paciência, simplificam as burocracias e facilitam a vida dos alunos.

Aquelas pessoas que não citei mas que sabem da importância, pontual ou definitiva, que exercem em minha caminhada.

Dedico não apenas essa dissertação, mas todo meu esforço, determinação e orgulho, a minha mãe, Roseli. Não há palavras suficientes pra agradecer, mas há uma vida para retribuir tudo que sempre fostes para mim.

RESUMO

Introdução: O processo de envelhecimento ocorre de forma diferenciada em cada pessoa. Mundialmente, percebemos um aumento no número e na expectativa de vida dos idosos. O Brasil, até o ano de 2025, será o sexto país com maior número de idosos no mundo. Essa revolução demográfica representa um dos maiores desafios sociais da história, e realça a necessidade de políticas públicas para gerenciamento e abordagem dessa nova realidade.

Objetivos: Avaliar os domínios da qualidade de vida (WHOQOL-OLD) e a capacidade de tomada de decisão (Questionário de Avaliação do Desenvolvimento Psicológico Moral) de idosos que participam de Grupos Socioterápicos (Grupos de idosos) da cidade de Arroio do Meio, RS.

Métodos: Estudo caracterizado como transversal, observacional, descritivo, realizado em indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, moradores da cidade de Arroio do Meio. Os participantes freqüentavam os Grupos Socioterápicos, consentiram sua participação assinando o termo de consentimento e, por meio de entrevistas auto-aplicadas assistidas, responderam aos questionários.

Resultados: A amostra deste estudo foi composta por 133 idosos, com idades que variaram de 60 a 89 anos, com média de 69,02+6,5 anos de idade; desta amostra, 81(60,9%) idosos eram do sexo feminino e 52 (39,1%) do sexo masculino. A escolaridade dos participantes foi: 95(71,42) idosos não completaram o 1º grau, 31(23,30%) possuem o 1º grau completo, um idoso completou o 2º grau, três idosos não completaram o 2º grau e três são analfabetos. Na avaliação dos domínios do WHOQOL-OLD, Funcionamento dos sentidos obteve média de 42,14+11,85; Autonomia de 38,68+16,76; Atividades passadas, presentes e futuras 49+16,77; Participação social alcançou a média de 68,93+18,06; Morte e morrer atingiu 27,88+17,24; o domínio Intimidade alcançou 69,12+23,52. O escore geral foi de 49,29+6,88. O desenvolvimento Psicológico-Moral dos participantes predominou nas fases Conscenciosa e Autônoma. A média foi de 4,4, situando-os na fase Conscenciosa.

Conclusão: Os idosos de Arroio do Meio apresentam-se satisfeitos com a capacidade de estabelecer relacionamentos íntimos e pessoais e com a participação social na comunidade. Apresentaram um escore global de qualidade de vida baixo, mas são completamente capazes de tomar decisões em seu melhor interesse.

Palavras-chave: Idosos. Qualidade de Vida. Tomada de Decisão.

ABSTRACT

Introduction: The aging process occurs in different ways in each person. The increases in the life expectancy levels are evident worldwide. Until the year 2025 Brazil will be the sixth country with the largest number of elderly in the world. The demographic revolution represents one of the greatest social challenges of History and enhances the need for public policies for management and approach of such new reality. **Goals:** To evaluate the domains of quality of life (WHOQOL-OLD) and the ability of decision making (Questionnaire for Evaluation of the Moral and Psychological Development) of the elderly that take part of the socio-therapeutic groups of the town of Arroio do Meio/RS, Brazil. **Method:** The study is described as transversal, observative, descriptive, developed among individuals aged of 60 years or more, from both male and female genders, living in the town of Arroio do Meio. The participants had to be members of the socio-therapeutic groups and formally agree to participate through the signature of the Informed Consent and guided interviews and the response of questionnaires that evaluate the domains of quality of life and decision making. **Results:** The sample of this study was formed by 133 elderly, aged between 60 and 89 years (average 69.02 + 6,5 years old). 81 (60.9%) female and 52 (39.1%) male. The educational level of the participants was: 95 (71.42%) of them did not have complete the basic education program and three of them haven't even learned how to read and write. In the evaluation of the WHOQOL-OLD criteria, the average well function of the senses was of 42.14 + 11.85; autonomy 38.68 + 16.76; past, present and future activities 49 + 16.77; social participation 68.93 + 18.06; death and dying 27.88 + 17.24; intimacy 69.12 + 23.52. The general score was of 49.29 + 6.88. The psycho-moral development of the participants was stronger among the phases of awareness and autonomy. The average was of 4.4, being placed in the phase of awareness. **Conclusion:** The elderly from Arroio do Meio are satisfied with the ability of establishing intimate and personal relationships and with social participation in the community. They have low global score on quality of life, but are totally capable of taking their own decisions.

Key-words: Elderly. Quality of Life. Decision Make.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFP	Conselho Federal de Psicologia
ILPIs	Instituições de Longa Permanência para Idosos
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Pessoas com idade acima de 60 anos em países com mais de 100 milhões de habitantes no ano de 2002	15
Quadro 2 – Classificação das fases de desenvolvimento psicológico-moral de acordo com a média dos valores obtidos utilizando o instrumento de Souza.....	30
Quadro 3 – Escores médios e variabilidade dos seis domínios do WHOQOL-OLD em uma amostra de 132 idosos de Arroio do Meio/Brasil.	32
Quadro 4 – Distribuição dos 123 participantes da amostra quanto as fases de desenvolvimento psicológico-moral	34
Quadro 5 – Comparação entre os Domínios do WHOQOL-OLD, respectivamente, da amostra dos Idosos de Erechim (n=670) e dos Idosos de Arroio do Meio (n=132), RS	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 ENVELHECIMENTO.....	14
2.2 QUALIDADE DE VIDA.....	18
2.3 TOMADA DE DECISÃO E VULNERABILIDADE	21
2.4 OBJETIVOS	26
2.4.1 Objetivo geral	266
2.4.2 Objetivos específicos	266
3 MÉTODOS	27
3.1 DELINEAMENTO E PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE PESQUISA	27
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	27
3.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	28
3.3.1 WHOQOL – OLD	28
3.3.2 Instrumento de Desenvolvimento Psicológico-Moral	29
4 RESULTADOS	32
4.1 AVALIAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-OLD	32
4.2 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO-MORAL DA AMOSTRA	34
5 DISCUSSÃO	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	45
ANEXO A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	51
ANEXO B - QUESTIONÁRIO WHOQOL-OLD	52
ANEXO C - INSTRUMENTO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO-MORAL	56

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento, seja em sua dimensão física e funcional (geriatria), seja em seus aspectos multidisciplinares (gerontologia), ocorre de forma diferenciada em cada pessoa. Na busca por uma leitura a partir de suas múltiplas dimensões, tais como física, mental e social, política, econômica, histórica e cultural¹⁻², não encontramos na literatura especializada uma definição consensual acerca da velhice. Nossa pergunta motivadora, então, é: afinal, o que significa envelhecer?

Até o ano de 2025, o Brasil será o sexto país com o maior número de pessoas idosas no mundo. Dados estatísticos apontam para o aumento considerável do número de idosos também em muitas outras partes do mundo. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base no Censo 2000, no Brasil, esta faixa etária é representada por 14,5 milhões de pessoas, representando 8,6% da população total do país. Este contundente padrão estatístico de crescimento se torna mais visível quando constatamos que, numa só década, o número de idosos no Brasil cresceu 17% (em 1991, correspondia a 7,3% da população).

Além do aumento no número de idosos, também há aumento da expectativa de vida. Atualmente, ela é de 68,6 anos, 2,5 anos a mais do que no início da década de 90. Estima-se que em 2020 a população com mais de 60 anos no país deva chegar a 30 milhões de pessoas (13% do total), e a expectativa de vida a 70,3 anos. O que difere o Brasil, um país em desenvolvimento, de países já desenvolvidos é que estes últimos adaptaram-se durante décadas ao crescente número de idosos.

Os dados acima encorajam uma reflexão motivada pela preocupação com a garantia aos idosos não apenas de maior longevidade, mas de bem-estar, felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal.³ O foco da presente pesquisa junto aos grupos de idosos, elemento essencial da presente pesquisa, se justifica como sendo uma ferramenta em busca das situações cotidianas que possam melhorar a qualidade de vida das pessoas que chegam à terceira idade. O convívio entre os idosos em ambientes onde estes possam desenvolver atividades pertinentes ao desenvolvimento físico e intelectual, deve ser incentivado como uma forma de mantê-lo ativo, participante da sociedade e, em última análise, feliz.

Pesquisar acerca dos domínios que contribuem para que o idoso tenha maior qualidade de vida pode desmistificar algumas falsas dicotomias, como aquelas que colocam a saúde como determinante para a qualidade de vida nesta faixa etária ou a idéia de que o idoso é vulnerável e, por conseqüência, incapaz de auto governar-se. Precisamos desvincular as perdas físicas das cognitivas. É necessário valorizar os ganhos positivos da idade, como a sabedoria e experiência.

Uma mudança demográfica contundente, como esta, formula aos especialistas, às pessoas públicas e às coletividades um dos maiores desafios sociais da história e uma intensa demanda por estudos e análises para uma melhor definição de políticas públicas de saúde no envelhecimento, visto que os avanços científicos e técnicos acenam ao ser humano com a possibilidade factível do alcance dos 110 ou mesmo 120 anos de vida – uma expectativa que corresponderia aos limites biológicos – ainda nesse século.²

O ano de 2025 deve marcar o início da época em que as pessoas nascidas no pós-guerra estarão na faixa de 65 a 80 anos. Esse fenômeno terá, indubitavelmente, conseqüências sociais relevantes.⁴ Diante de tal previsão, entendemos a necessidade do surgimento de profissionais no campo da bioética, comprometidos com o estudo e administração responsável da vida humana, realçando a necessidade de ampliação das reflexões éticas acerca da terceira idade.⁵ Desta forma, justifica-se a importância de estabelecer pontes hermenêuticas entre a bioética e o estudo da qualidade de vida dos idosos, através de reflexões acerca da relação deste grupo com a comunidade em que está inserido, considerando também os pré-conceitos inerentes às capacidades dos idosos que, erroneamente, são reduzidos a categoria de incapazes.

As principais questões envolvidas com o envelhecimento abrangem:⁶

- a) autonomia;
- b) tomada de decisão e envelhecimento;
- c) relação profissional/paciente idoso;
- d) relações familiares e envelhecimento;
- e) violência contra os idosos;
- f) alocação de recursos;
- g) idade; envelhecimento e morte;

h) pesquisas envolvendo idosos.

No Brasil, o crescimento das publicações sobre bioética exige que especialistas nesta área do saber se disponham a oferecer aos profissionais da saúde e à sociedade em geral compêndios que não apenas abordem grande variedade de temas, mas que traduzam aquilo que se convencionaria chamar de uma linha de pensamento ético. Embora o Brasil, historicamente, seja um terreno pouco firme no que tange a fidelidade ao compromisso ético na política, seu respaldo, em nível mundial, atesta que a nossa época se caracteriza pela apatia e fragmentação moral, em grande parte devido ao caráter pluralista de nossa sociedade.⁵

Quanto maior o grau de comprometimento, qualidade, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais e locais de prevenção e de cuidado ao idoso, maiores serão as chances de arrecadar recursos sociais existentes, otimizando sua aplicação.⁷

Uma das esferas da vida privada que mais sofreram com esta nova configuração é a família. Se admitirmos que as tradicionais passagens de uma fase para outra da vida afetam de forma ímpar a vida de cada pessoa, somos levados a concluir que também estas transições têm um perfil diferente nos dias de hoje. As mães que se tornam avós, por exemplo, têm que enfrentar desafios diferentes daqueles da geração anterior. Enquadram-se aí outros tantos exemplos de transição, como a passagem de esposa para viúva ou de trabalhador para aposentado. Em todas as épocas estes foram momentos de grande significado na caminhada de vida de cada pessoa. Em nossa época, no entanto, eles necessitam de uma interpretação adaptada à realidade em que estamos inseridos. A sensação de dever cumprido em relação à dedicação da vida toda (filhos, família e trabalho) apresenta-se distante, pelas mudanças nos papéis sociais. Essa realidade contribui para o progressivo afastamento do coletivo, como num processo de auto-exclusão, mais evidente ao homem com a aposentadoria e com a emancipação dos filhos para a mulher.⁸

Tendo como base as reflexões de alguns dos autores apresentados aqui, assim como os demais listados na bibliografia, a justificativa para a realização deste projeto de pesquisa perpassa a motivação de avaliar a qualidade de vida e capacidade de tomada de decisão dos idosos que participam de grupos socioterápicos. Tais grupos estão amplamente difundidos dentro das comunidades do interior do Estado do Rio Grande do Sul, oferecendo organização

e disciplina, categorias essenciais na dinâmica que acaba por demonstrar capacidade destes integrantes de autonomia e tomada de decisão.

A seguir, promovo uma revisão bibliográfica acerca das três variáveis a serem avaliadas neste estudo: envelhecimento; qualidade de vida; tomada de decisão e vulnerabilidade.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo tem como objetivo apresentar um respaldo teórico acerca do Envelhecimento, da Qualidade de Vida, Tomada de decisão e Vulnerabilidade que possa contextualizar e definir esses termos. Para tanto, esta revisão bibliográfica busca a visão de outros autores, pertinentes à compreensão do assunto.

2.1 ENVELHECIMENTO

*“Esses seus cabelos brancos, bonitos, esse olhar cansado, profundo
Me dizendo coisas, num grito, me ensinando tanto do mundo...
E esses passos lentos, de agora, caminhando sempre comigo,
Já correram tanto na vida,”
(Meu querido, meu velho, meu amigo – Roberto Carlos)*

Na velhice podemos distinguir dois processos bastante diferentes, porém profundamente relacionados, que são o envelhecimento individual (biológico) e o demográfico. Na presente pesquisa, ambas as dimensões do envelhecimento se tornam importantes para entender a profundidade do assunto que é discutido, as soluções que procuramos buscar e as suas correlações. O envelhecimento tem múltiplas dimensões (física, mental e social, política, econômica, histórica e cultural) (OMS) o que leva a uma necessidade de desenvolvimento de uma definição da terceira idade que seja mais flexível, que respeite a singularidade dos aspectos inerentes ao envelhecimento.⁹

O termo “aging” não encontra, na língua portuguesa, uma definição fiel de seu significado. Acaba por assumir uma posição pejorativa, com uma conotação de envelhecimento, de final da vida, onde as perdas que a pessoa experimenta se sobressaem aos ganhos da idade. A rigor, cada um de nós já está “aging” desde que nasceu, o que é diferente de envelhecer. Este termo (aging) nos ajuda a ter uma compreensão mais integral do envelhecimento, tirando deste último o caráter segregacionista em relação à toda caminhada de vida da pessoa. A vida é um todo. Logo, também a terceira idade está ligada à ‘segunda’ e à ‘primeira’.

Para entender como se forjou o quadro atual do envelhecimento no Brasil e no mundo, precisamos observar a História. A partir da Revolução Industrial (séc. XIX), os números de natalidade e mortalidade passaram a diminuir, a nível mundial. Houve progresso visível no combate a doenças infecciosas, com maior atenção à saúde em geral e, em particular, às doenças degenerativas e crônicas. Em 1940, a expectativa de vida no Brasil não passava dos 42 anos. Em 1970, já havia saltado para 60 anos. Seguindo esta tendência, o ano de 2025 deve marcar o início da época em que as pessoas nascidas no pós-guerra estarão na faixa de 65 a 80.⁴

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo que 80% viverá em países em desenvolvimento.¹ No quadro abaixo (Quadro 1), encontramos o comparativo entre o número de idosos no mundo, nos anos de 2002 e uma prospecção para 2025.

Pais	População acima de 60 anos 2002	População acima de 60 anos 2005
China	134,2	287,5
Índia	81,0	168,5
EUA	46,9	86,1
Federação Russa	26,2	32,7
Indonésia	17,1	35,0
Brasil	14,1	33,4
Paquistão	8,6	18,3
México	7,3	17,6
Bangladesh	7,2	17,7
Nigéria	5,7	11,4

Quadro 1 - Pessoas com idade acima de 60 anos em países com mais de 100 milhões de habitantes no ano de 2002

Fonte: Fonte, 2002.¹⁰

A estrutura social de cada comunidade condiciona os processos individuais do envelhecimento. Ao mesmo tempo, o envelhecimento da população como um todo também

exerce uma forte pressão para a transformação do *status* destas pessoas e das oportunidades de participação a elas oferecidas.¹⁰

Diante do fenômeno da transição demográfica, a velhice assume uma nova dimensão na qual a “*velhice subjetiva*”, caracterizada pela velhice de algumas pessoas, é obscurecida pela “*velhice objetiva*”, que é um fenômeno estrutural que concerne a toda a sociedade.¹¹

Um traço interessante do envelhecimento é o fato de que as mulheres vivem mais do que os homens em quase todos os lugares. Este fato reflete-se na maior taxa de mulheres por homens em grupos etários mais velhos. Na Europa, em 2002, havia 678 homens para cada 1000 mulheres com 60 anos ou mais. Em regiões menos desenvolvidas, havia 879 homens para cada 1000 mulheres. As mulheres correspondem aproximadamente a dois terços da população acima de 75 anos em países como Brasil e África do Sul. As mulheres têm a vantagem da longevidade, porém são vítimas mais frequentes da violência doméstica e de discriminação no acesso à educação, salário, alimentação, trabalho significativo, assistência à saúde, heranças, medidas de seguro social e poder político. Tais desvantagens cumulativas fazem com que as mulheres, mais que os homens, tendam a ser mais pobres e a apresentar mais limitações em idades mais avançadas.¹

As demandas que emergem deste setor da população, podem gerar uma crise no sistema de distribuição dos recursos e das prioridades anteriormente estabelecidas. Com o crescimento numérico deste grupo social, ocorre o aumento das demandas sociosanitárias e o questionamento do atual modelo de equilíbrio da Previdência Social.¹⁰

O Ministério da Saúde do Brasil criou um programa intitulado “Brasil Saudável”, envolvendo uma ação nacional para criar políticas públicas que promovam modos de viver mais eficazes e integrais abrangendo em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo de tabaco. Estas questões também são pertinentes para o envelhecimento saudável, com qualidade de vida e saúde.¹

A terceira idade foi tradicionalmente associada à aposentadoria, doença e dependência. Este paradigma ultrapassado não reflete a realidade, pois, as pessoas podem permanecer independentes na idade mais avançada. Nos países em desenvolvimento, trabalhadores com

60 anos ou mais continuam a participar da força de trabalho, sendo bastante ativos no setor de trabalho informal embora isto não seja reconhecido nas estatísticas do mercado de trabalho. A contribuição não remunerada das pessoas idosas em casa (cuidar dos netos ou de pessoas doentes) permite que os jovens da família tenham atividades remuneradas. Em todos os países, as atividades voluntárias dos idosos são uma importante contribuição social e econômica para a sociedade.¹

A estratégia internacional para enfrentar os desafios do aumento quantitativo das pessoas com mais de 60 anos de idade, se centraliza no esforço de viabilizar a inclusão social deste grupo de população. Desta forma, o Plano de Ação Internacional prevê a capacitação destas pessoas para que *atuem plena e eficazmente na vida econômica, política e social, inclusive, mediante o trabalho remunerado ou voluntário*.¹² Este Plano de Ação Internacional traz em seu bojo um novo conceito, representando uma mudança radical na imagem anteriormente dominante sobre a velhice, deixando de ser sinônimo de exclusão e incapacidade para assumir um conceito de total inserção social.

Uma grande demonstração internacional de interesse à questão envelhecimento foi na I Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Viena, em 1982. Já em 1991, as Nações Unidas aprovam os princípios em favor das pessoas idosas formulados em torno de cinco eixos: independência, participação, cuidados, auto-realização e dignidade; o ano de 1999 é dedicado pela ONU (Organização das Nações Unidas) às pessoas idosas com o tema *Uma sociedade para todas as idades*. Em 2002, se realiza a II Assembléia Internacional sobre o Envelhecimento, com o objetivo de examinar os resultados da I Assembléia e aprovar as revisões do Plano de Ação.¹⁰

Manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento ativo é uma meta fundamental para cidadãos e governantes. Além disto, o envelhecimento ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas – amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família. Esta é a razão pela qual interdependência e solidariedade entre gerações (indivíduos jovens e velhos) são princípios relevantes para o envelhecimento ativo.¹

Quando analisamos os idosos como um coletivo social, este panorama se torna muito mais ameaçador do que a velhice quando pensada como um fenômeno, uma vez que o

simbolismo do envelhecimento como o fim da vida foi derrubado. Em nossos tempos, o envelhecimento que não é planejado, que não é ativo, simboliza a falência de algumas instituições públicas. Neste sentido, a alternativa encontrada para a solução desta problemática é estimular a participação produtiva deste grupo social na sociedade.

2.2 QUALIDADE DE VIDA

*“Meu querido, meu velho, meu amigo
Sua vida cheia de histórias e essas rugas marcadas pelo tempo,
Lembranças de antigas vitórias ou lágrimas choradas, ao vento...
Sua voz macia me acalma e me diz muito mais do que eu digo
Me calando fundo na alma,”
(Meu querido, meu velho, meu amigo – Roberto Carlos)*

Qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, psicológica, dependência, relações sociais, crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente.¹³

Satisfação é uma categoria subjetiva, complexa e, por isso, de difícil mensuração. A satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia entre outros, ou seja, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida de acordo com um critério próprio. O julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido.³

Em 1964, o então presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, afirmou que “objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.” Esta expressão “qualidade de vida”, forjada naquele contexto, passou a ser referência para designar o processo cumulativo resultante de uma série de conexões e desconexões que os idosos experimentam durante suas vidas.¹ Apesar de sua origem social, filosófica e política, o crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e das ciências afins teve como consequência uma progressiva desumanização da referida expressão.¹³

À medida que entra na terceira idade, a pessoa necessita cada vez mais de cuidados relacionados com o conforto e manutenção da qualidade de vida e menos com tratamentos específicos relacionadas com a cura de uma determinada doença.⁵ A qualidade de vida e a satisfação na velhice têm sido freqüentemente associadas às questões de dependência-autonomia, mas é importante também distinguir os chamados ‘efeitos da idade’. Algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades muito avançadas.¹⁵

O tipo, a velocidade e o grau de modificações físicas, emocionais, psicológicas e sociais apresentadas durante a vida são variam de pessoa para pessoa. Essas modificações são influenciadas por diversos fatores tais como os genéticos, os ambientais, os dietéticos, aqueles ligados à saúde ou ao estresse, por exemplo.¹⁶ Farquhar¹⁷ observou que os contatos sociais são um componente tão valioso para a boa qualidade de vida quanto a saúde.

O termo “Grupo socioterápico” define o grupo cuja finalidade é a de incentivar um resgate prazeroso de atividades sociais, em ambientes exteriores às quatro paredes em que os idosos geralmente têm seu cotidiano limitado. Pela formação de um vínculo com os elementos do grupo que lhes dê segurança, apoio, compreensão e liberdade, resultados positivos podem ser alcançados, como dar condições aos componentes do grupo para que se desenvolvam livre e sadiamente.⁴

Joia e cols.¹⁵ realizaram um estudo transversal com 213 idosos da cidade de Botucatu, São Paulo. Os dados foram coletados com o uso de três questionários: a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, o Perfil do Estilo de Vida Individual e WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality of Life*), elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O estudo ainda foi acrescido de questões sobre atividade física, por meio da aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), proposto pela OMS, perguntas sobre morbidade referida e estado emocional, situação sócio demográfica, e uma pergunta aberta: "o que é qualidade de vida para o senhor(a)?".

Os resultados das análises para a determinação do grau de satisfação com a vida em geral entre idosos sugerem que os fatores associados à satisfação com a vida na terceira idade,

de alguma maneira, estão relacionados à sensação de conforto e bem-estar, independentemente de terem sua origem num determinado estrato social ou econômico.

Com o intuito de traçar o perfil dos anseios relativos à qualidade de vida dos idosos do nosso país, Vecchia e cols.¹⁸ apontam, após a avaliação das respostas de 365 idosos do interior do Estado de São Paulo, três grupos de respostas. O primeiro grupo mencionou situações referentes a relacionamentos interpessoais, equilíbrio emocional e boa saúde. O segundo grupo referiu-se a hábitos saudáveis, lazer e bens materiais. O terceiro grupo, por sua vez, mencionou espiritualidade, trabalho, retidão e caridade, conhecimento e ambientes favoráveis.

A saúde, um bom indicador de qualidade de vida negativa, quando tomada isoladamente, é insuficiente para balizar a mesma avaliação junto a pessoas da terceira idade quando perguntadas acerca de seu bem-estar. Xavier e cols.¹⁹ realizaram um estudo no município de Veranópolis, Rio Grande do Sul, pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, junto a 67 octagenários. As pessoas entrevistadas apontaram como qualidade de vida negativa a perda de saúde e qualidade de vida positiva determinada por diversas causas: atividade, renda, vida social e relação com a família.

A Comissão de Defesa dos Direitos do Idoso da OAB-SP lança no dia 27 de setembro de 2008 – uma campanha em defesa dos direitos destes cidadãos com o tema: ‘Todos envelhecemos. O respeito não’.²⁰

A própria Instituição admite que o tratamento dispensado aos idosos está muito distante do que seria considerado humano, correto, amoroso e, acima de tudo, digno.

Com base nesta premissa, O Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP) apresentaram no dia 26 de agosto de 2008, no Plenário da Câmara dos Deputados, o Relatório de Inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's). Foram fiscalizadas ILPIs públicas e particulares de 11 estados da federação e do Distrito Federal com o objetivo de avaliar as condições a que estão submetidos os idosos brasileiros, a efetividade dos direitos humanos aplicados a estes e a adequação das instituições de longa permanência às novas exigências do Estatuto do Idoso.

A conclusão do estudo foi que o Estado não dispõe de dados básicos sobre quantos são os idosos que habitam as ILPI's, quem são essas pessoas e como elas vivem. Não há infra-

estrutura mínima para abrigar ou internar a população idosa brasileira, e a falta de inspeção sistemática dos órgãos fiscalizadores dificulta a tarefa de traçar políticas eficazes na área.²¹

2.3 TOMADA DE DECISÃO E VULNERABILIDADE

*“Meu querido, meu velho, meu amigo
Seu passado vive presente nas experiências
Contidas nesse coração, consciente da beleza das coisas da vida.
Seu sorriso franco me anima, seu conselho certo me ensina,
Beijo suas mãos e lhe digo
Meu querido, meu velho, meu amigo.”
(Meu querido, meu velho, meu amigo – Roberto Carlos)*

A longa experiência de vida de uma pessoa determina, em boa medida, se sua velhice será uma oportunidade para liberdade, crescimento e satisfação, ou uma prisão do potencial humano. Durante a infância e a adolescência, somos direcionados a um papel de adulto independente, responsável e com graduação acadêmica. Somos preparados para nossos papéis profissionais, mas onde e quando somos preparados para o papel de aposentado?¹⁶ Em vez de demonstrar apreciação pela vasta contribuição ao idoso e sua rica competência, a sociedade infringe-o preconceitos e menospreza sua dignidade.

O princípio da autonomia, denominação mais comum pelo qual é conhecido o princípio do respeito às pessoas, exige aceitação que elas se autogovernem e sejam autônomas, tanto em suas escolhas quanto em seus atos.⁵

O conceito de autonomia que nos guia nesta reflexão vem de Immanuel Kant²², filósofo germânico do século XVIII, que diz que o princípio da autonomia é escolher sempre, de modo que as máximas de nossa escolha estejam compreendidas, ao mesmo tempo, como leis universais, no ato de querer. Que a vontade de todo ser racional lhe esteja, necessariamente, ligada como a uma condição, é coisa que não pode ser demonstrada pela pura análise dos conceitos implicados na vontade, porque isso é uma proposição sintética.

A afirmação acima se encaixa no objetivo fundamental de Kant de estabelecer os princípios *a priori*, ou seja, universais e imutáveis da moral. Seu foco era o agente moral, suas intenções e motivos. O dever, segundo o Iluminista, consistia na obediência a uma lei que se

impõe universalmente a todos os seres racionais. Eis o sentido daquilo que ele chamou de imperativo categórico: “age de tal forma que sua ação possa ser considerada como norma universal”. A presente reflexão acerca da qualidade de vida dos idosos lida também com uma destas normas invisíveis da formulação ética da sociedade, a saber, a de que as pessoas devem ter um envelhecimento digno. A busca da felicidade seria, por si só, insuficiente como fundamento moral, porque o conceito de felicidade é variável, mas a lei moral é invariável. É nosso dever proporcionar aos idosos dignidade, ainda que a subjetividade de sua felicidade nos coloque a questão um pouco fora do alcance.

A autonomia pessoal, ou seja, a habilidade de fazer escolhas livres que um ser humano exerce em sua vida, é considerada crucial para a qualidade de vida de uma pessoa de idade avançada. Em Nova Iorque, Estados Unidos, um estudo realizado em seis centros da terceira idade, junto a 120 idosos, examinou a relação da percepção pessoal da autonomia aos recursos de auto-cuidado. Os participantes demonstraram uma percepção positiva de autonomia. Os mesmos utilizavam uma variedade de serviços prestados à comunidade e sua satisfação com os serviços foi significativamente ligada ao senso de autonomia.²³

Há uma tendência massiva de considerar idosos como seres incapazes de tomar decisões e decidir sobre os assuntos que dizem respeito a si mesmo. O critério legal para tal premissa baseia-se na idade do indivíduo.²⁴ O Código Civil brasileiro aponta o indivíduo como capaz quando atinge a maioridade civil, com 21 anos no Brasil. Antes desta idade pode ser considerada como incapaz ou relativamente capaz, de acordo com a faixa etária em que se encontra. A capacidade ou o impedimento do indivíduo para tomar decisões de forma voluntária têm sido, direta ou indiretamente, ligado ao grau de desenvolvimento psicológico e moral do indivíduo.²⁵ Não é preciso um grande esforço analítico para perceber que há muitas pessoas no mundo incapazes de exercitar o princípio da autonomia nem tirar proveito nenhum do princípio da beneficência (no sentido filosófico moral, fazer o bem).⁵

Dentre os pesquisadores que buscaram estabelecer os limites de capacidade do indivíduo em cada uma das fases da vida, Goldim²⁵ destaca quatro principais: Jean Piaget, Lawrence Kohlberg, Jane Loevigner e Elliot Turiel. Estes três formularam propostas de teorias sobre o desenvolvimento do julgamento moral, ou seja, da capacidade do indivíduo decidir com base em argumentos morais.

A bioética surgiu para resgatar os aspectos humanos da arte da medicina, que são, por vezes, esquecidos em detrimento ao desenvolvimento tecnológico. Pela reflexão bioética, o homem e a mulher do século XXI poderão caminhar para o desenvolvimento da ciência biomédica no sentido de exaltar a pessoa e não o contrário, tornando-a um objeto.²⁶

A nova configuração das unidades familiares nucleares nos dias de hoje mudou os papéis e as funções dos indivíduos na família. Espera-se que o idoso contribua de forma limitada na vida dos filhos adultos. Não é exigido dos filhos e filhas que satisfaçam as necessidades de seus pais envelhecidos com apoio financeiro, serviços de saúde e moradia. Cada vez mais, os pais não dependem dos seus filhos para as suas necessidades e a antiga máxima de que os filhos são o melhor seguro para o envelhecimento está praticamente obsoleta.¹⁶

Direcionar os recursos do idoso ao seu próprio cuidado promove a normalidade, a independência e a individualidade, reduzindo os riscos de problemas secundários relacionados com as reações dos adultos idosos à imposição desnecessária de um papel dependente e homenageia a sua sabedoria, a sua experiência e as suas capacidades. Recomenda-se que não sejam realizadas intervenções provenientes de fontes externas para suprir necessidades dos idosos, proporcionando-lhes autonomia para que usem seus recursos internos. Do contrário, os idosos tornam-se receptores passivos do atendimento, e não participantes ativos, desenvolvendo desnecessariamente, sentimentos de dependência, de inutilidade e de impotência.¹⁶

A cultura ocidental tem reduzido idosos à ‘crianças que cresceram’, acentuando a característica frágil e dependente da terceira idade. Atualmente, fala-se, inclusive, da quarta idade, ou “a idade da dependência”. Mesmo que as perdas não sigam o mesmo ritmo para todos os idosos, a sociedade (que ainda não aprendeu a reconhecer as características multidiferenciais do envelhecimento) constrói em seu imaginário, representações que contribuem ao isolamento dos velhos da vida social.²⁷

É de fundamental importância reconhecer que o fato de ser velha não impede a pessoa de tomar suas decisões e exercer sua vontade pessoal tendo como base os seus valores.²⁸

Em nossa reflexão, é consenso ético que é inadequado que uma pessoa tome decisões sem utilizar seus valores como critérios. Precisamos nos render à realidade de uma lição que vem sendo trazida de geração em geração: há sabedoria na terceira idade. Um exemplo trazido na análise de Goldim²⁸ aponta para a intervenção dos idosos em suas nações em momentos críticos. A autonomia desses líderes sequer foi questionada. Sua experiência acumulada durante a vida não foi contestada no momento em que tiveram que tomar grandes decisões que mudaram o curso da história não apenas no âmbito pessoal, mas de todo um povo, corroborando com o conceito de “inteligência cristalizada, que surge do hemisfério dominante do cérebro, sendo mantida na idade adulta. Essa forma de inteligência permite que o indivíduo use o aprendizado e as experiências anteriores para a solução dos problemas”.¹⁶

Ser ou estar vulnerável é um estado que denota fragilidade. Em tudo aquilo que cada pessoa pensa, faz e quer, existe uma exposição. É isto que a torna vulnerável. Afinal, somos seres sociais. Mas vulnerabilidade também denota aquilo que expõe ou não a pessoa à aquisição de um agravante a sua saúde, tendo relação com a hereditariedade e com as informações que a pessoa possui e a maneira como as utiliza.⁷ A importância de desenvolver idéias acerca da vulnerabilidade existe em virtude da idéia herdada que populações vulneráveis são freqüentemente taxadas como incapazes no processo de tomada de decisão.²⁵

A vulnerabilidade social é resultante da maneira como se obtém as informações. Neste sentido, fatores como acesso aos meios de comunicação, escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, influência política, a condição de estar livre de coerções diretas ou livrar-se delas. Ainda influenciam os fatores familiares, como sua organização, dinâmica e/ou estrutura.²⁹

Segundo Paz⁷, ainda não contamos com instrumentos capazes de medir o grau de vulnerabilidade do idoso, e em seu estudo, a oportunizou teorizar sobre esse novo enfoque a ser desvelado. Conhecer a vulnerabilidade de grupos populacionais, para o este autor, possibilita mobilizar profissionais e população civil, por meio de um processo educativo construtivista, com o objetivo de alcançar transformações sociais.

Um número considerável de autores converge na opinião que há necessidade de programas de saúde pública e de previdência social voltados para a promoção de saúde e bem-

estar desse segmento da população brasileira, que já representa cerca de 8% da população.^{2,8,30-31}

A pessoa idosa, em nosso meio, vive, muito freqüentemente, à margem da sociedade e, em decorrência disso e das circunstâncias do envelhecer na pobreza e na doença, sofre privação sensorial, nutricional e afetiva. Vive sob o risco real e potencial de violência doméstica, e sob o estresse permanente da busca por adaptação a um mundo que já não é mais seu.⁸

Às vésperas do início do século XXI Chaimowicz³⁰ indicava que investimentos nas áreas da saúde, educação e treinamento dos jovens – cuja pressão demográfica não está crescendo – resultaria na formação de sólida base de suporte da economia. Além de reconhecer a necessidade de construção de políticas sociais adequadas, esta análise ressaltou a importância do conhecimento de informações sobre a população idosa em cada região, para que as políticas subsidiadas pudessem mapear as necessidades e corrigir as distorções. Esta questão serve como matriz de análise capaz de permear vários determinantes (demográficos, culturais e econômicos), o que a eleva a uma questão relevante à sociedade em geral, uma vez que a imparcialidade sobre o quadro atual caminha para o estrangulamento das fontes de financiamento e explosão dos gastos no atendimento médico.^{2,31}

2.4 OBJETIVOS

2.4.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida e a capacidade de tomada de decisão em pessoas acima de 60 anos de idade, moradoras da cidade de Arroio do Meio, RS, participantes de grupos socioterápicos (grupo de idosos).

2.4.2 Objetivos específicos

- a) mensurar, através dos domínios do WHOQOL-OLD, a qualidade de vida dos participantes da amostra de idosos estudada;
- b) avaliar o desenvolvimento psicológico-moral dos participantes da amostra de idosos como forma de verificar a capacidade de tomada de decisão.

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO E PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE PESQUISA

Este estudo é do tipo transversal, observacional descritivo, realizado em indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos. O trabalho de pesquisa teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). A avaliação dos pacientes foi realizada na cidade de Arroio do Meio, RS, com o conhecimento da Secretaria Municipal da Saúde e apoio do Conselho Municipal do Idoso.

Inicialmente, os participantes receberam explicações acerca do assunto pela própria pesquisadora. Num segundo momento, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a leitura atenta do mesmo. Como sugerido, houve preocupação com a elaboração do consentimento, priorizando a escolha de termos de fácil compreensão, o que se torna essencial para a plena adequação moral do processo de consentimento informado.³²

A aplicação dos instrumentos de avaliação foi realizada durante o encontro dos “Grupos de Idosos”, de forma auto-aplicada assistida, realizada nos ginásios esportivos de bairros da cidade. A coleta de dados aconteceu entre outubro e novembro de 2007 e de fevereiro a maio de 2008, tendo em vista que as reuniões dos grupos de idosos não acontecem nos meses de dezembro e janeiro.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população observada é proveniente do município de Arroio do Meio, região central do Estado do Rio Grande do Sul, sendo composta por homens e mulheres, com idade igual ou superior a 60 anos. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada para o ano de 2006 naquele município era de 18.587. O número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos no município é de 1.961 pessoas, segundo

dados do Censo 2000 com Divisão Territorial 2001. A amostra foi estimada em cerca de 1.000 participantes. Após análise interina este número foi estabelecido em 122 participantes ($\alpha=0,05$).

A confirmação da idade dos participantes foi mediante apresentação de um documento de identificação legalmente reconhecido.

Os fatores de inclusão foram: idade superior ou igual a 60 anos, morar na cidade de Arroio do Meio, ser participante ativo do Grupo de Idosos, aceitar fazer parte da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e apresentar-se lúcido, orientado e consciente durante a entrevista.

3.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

3.3.1 WHOQOL – OLD

O “*World Health Organization Quality of Life Group*” (Grupo WHOQOL) desenvolveu uma escala dentro de uma perspectiva transcultural para medir qualidade de vida em adultos. Considerou como características fundamentais o caráter subjetivo da qualidade de vida (englobando aspectos positivos e negativos), e sua natureza multidimensional.³³

O módulo WHOQOL-OLD consiste em 24 itens da escala de Likert atribuídos a seis facetas: funcionamento do sensório (FS), autonomia (AUT), atividades passadas, presentes e futuras (PPF), participação social (PSO), morte e morrer (MEM) e intimidade (INT). Os escores das seis facetas podem ser combinados para produzir um escore geral para a qualidade de vida em adultos idosos, denotado como o “escore total” do módulo WHOQOL-OLD.

Power e Schmidt³⁴, no Manual WHOQOL-OLD, colocam que os valores obtidos nos escores das facetas individuais do módulo WHOQOL-OLD e no escore total do mesmo representam uma avaliação empírica da qualidade de vida dos adultos idosos a partir do ponto de vista do respondente. Uma ampla variedade de estudos pode ser usada, incluindo

investigações transculturais, epidemiologia populacional, monitoramento da saúde, desenvolvimento tanto de serviços quanto estudos em que questões sobre a qualidade de vida sejam cruciais. Os exigentes padrões de desenvolvimento de instrumentos utilizados para o WHOQOL-OLD significam que tais comparações correm menos risco de viés cultural.

Esta combinação de fatores faz com que este instrumento seja ideal para a realização da pesquisa, uma vez que o almejado é a avaliação dos domínios do questionário e não apenas o escore total correspondente à qualidade de vida, optou-se por utilizar apenas o módulo WHOQOL-OLD sem o acompanhamento do WHOQOL-BREEF.

3.3.2 Instrumento de Desenvolvimento Psicológico-Moral

Jane Loevigner, professora e pesquisadora na área da psicologia na Universidade de Washington, Estados Unidos, propôs, em 1996, outra classificação para o desenvolvimento moral. Conforme sua proposta, o ego do indivíduo desenvolve-se pela integração das estruturas existentes, e não por uma sucessão simples de estágios. Para tanto, utilizou uma versão modificada do instrumento proposto por Souza³⁵ (ANEXO A), instrumento, este, que pode ser associado ao componente de autonomia para a tomada de decisão e é composto por um conjunto de frases de fácil compreensão que enquadram os sujeitos numa das sete fases do desenvolvimento psicológico-moral.²⁵ Outros estudos já vêm demonstrando a aplicabilidade do questionário.³⁶⁻³⁸

O sujeito da pesquisa deve assinalar, dentre trinta afirmações, nove frases que mais correspondam à sua preferência pessoal. Com base na média dos resultados obtidos individualmente, cada um dos participantes é classificado em uma das sete fases do desenvolvimento psicológico-moral. Uma vez preenchido o instrumento, soma-se o valor atribuído às nove alternativas selecionadas pelo respondente e calcula-se a média dos pontos. O valor obtido nesta média corresponde à fase do desenvolvimento moral a qual a pessoa pertence, conforme a tabela abaixo.

<i>Fases do desenvolvimento Psicológico-moral</i>	<i>Pontuação</i>	<i>Características</i>
1) Pré-social	(0,1 – 1,0)	Início do desenvolvimento, ainda pré-verbal.
2) Impulsiva	(1,1 – 2,0)	Decisões tomadas por impulso, baseado apenas em seu desejo, não considerando as informações.
3) Oportunista	(2,1 – 3,0)	Supervalorização dos desejos e valorização das informações para atingí-los.
4) Conformista	(3,1 – 4,0)	Crenças do indivíduo se sobrepõem aos seus próprios desejos e justificam as contingências impostas pelo meio.
5) Conscienciosa	(4,1 – 5,0)	Capacidade de tomar decisões de forma mais autônoma, cotejando os desejos e as crenças, mas, ainda é passível de constrangimento, pois não tem a noção de regra introjetada.
6) Autônoma	(5,1 – 6,0)	Possui as regras introjetadas e é capaz de tomar decisões livres de constrangimento de forma independente.
7) Integrada	(6,1 – 7,0)	Possui a noção da regra individual introjetada, mas se vê como parte de um todo, com a compreensão da interdependência existente.

Quadro 2- Classificação das fases de desenvolvimento psicológico-moral de acordo com a média dos valores obtidos utilizando o instrumento de Souza
 Fonte: Souza, 1968.³⁵

A primeira fase do desenvolvimento é a fase **Pré-social**, correspondendo ao início do desenvolvimento. Os indivíduos classificados nessa fase não apresentam as condições mínimas exigidas para a compreensão e resposta.

Na fase **Impulsiva**, não há consideração das informações, portanto, o indivíduo toma suas decisões por impulso, baseadas no desejo.

A terceira fase chama-se **Oportunista**. Nela o sujeito supervaloriza os desejos e valoriza as informações para atingi-los.

Na fase **Conformista** as crenças do indivíduo se sobrepõem aos seus desejos e justifica as contingências impostas pelo meio.

A fase **Conscienciosa** permite ao indivíduo tomar decisões de forma autônoma, cotejando os desejos e as crenças, porém passível de constrangimento.

A sexta fase é denominada **Autônoma**, onde o indivíduo já é capaz de tomar decisões livre de constrangimento e de forma independente, pois possui as regras introjetadas.

A fase **Integrada** é a última fase do desenvolvimento. Quando classificada nessa fase, a pessoa já possui a noção da regra individual introjetada, se vê como parte de um todo e compreende a interdependência existente.³⁹

4 RESULTADOS

*“Meu querido, meu velho, meu amigo
Seu passado vive presente nas experiências
Contidas nesse coração, consciente da beleza das coisas da vida.
Seu sorriso franco me anima, seu conselho certo me ensina,”
(Meu querido, meu velho, meu amigo – Roberto Carlos)*

Participaram da pesquisa 133 idosos, com média de 69,02 +6,50 anos e idades entre 60 e 89 anos. Destes participantes, 81 (60,9%) eram do sexo feminino e 52 (39,1%) do sexo masculino. Em relação à escolaridade, 95 idosos possuem o 1º grau incompleto (71,42%), 31 idosos completaram o 1º grau (23,30%). Apenas um participante possui o 2º grau completo (0,07%), três idosos têm o 2º grau incompleto (2,25%) e três são analfabetos (2,25%).

As profissões encontradas entre a amostra foram: 66 aposentados (49,62%), 47 agricultores (35,38%), 13 idosos classificam-se como “do lar” (9,77%), seis são domésticas (4,51%) e um idoso motorista (0,07%).

4.1 AVALIAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-OLD

Foram obtidos os escores médios e desvios padrão dos seis domínios do WHOQOL-OLD, os quais são apresentados abaixo no quadro abaixo (Quadro 3). Dos 133 participantes da amostra, foi possível utilizar os dados de 132 participantes.

Faceta ou Domínio do WHOQOL-OLD	Média	Desvio-padrão	N
Funcionamento dos Sentidos (SAB)	42,14	11,85	132
Autonomia (AUT)	38,68	16,76	132
Atividades passadas, presentes e futuras (PPF)	49,00	16,77	132
Participação Social (SOP)	68,93	18,06	132
Morte e morrer (DAD)	27,88	17,24	132
Intimidade (INT)	69,12	23,52	132
Total	49,29	6,88	132

Quadro 3 – Escores médios e variabilidade dos seis domínios do WHOQOL-OLD em uma amostra de 132 idosos de Arroio do Meio/Brasil.

Fonte: Autora.

O valor da avaliação global obtida desta amostra (49,29 + 6,88) alcançou um valor próximo ao nível médio e inferior ao obtido na amostra de idosos do RS (68,55+9,80).

A interpretação do quadro de resultados deve ser feita da seguinte maneira: os valores obtidos indicam proporcionalmente a qualidade de vida: valores mais altos indicam alta qualidade de vida associada ao domínio e valores mais baixos o oposto. No domínio “Morte e Morrer”, no entanto, ocorre o inverso.

O primeiro domínio do questionário trata-se do *Funcionamento dos Sentidos*. Este domínio avalia o impacto da perda do funcionamento dos sentidos (perdas na audição, visão, paladar, olfato, tato) na Qualidade de Vida. O valor encontrado foi 42,14 + 11,85, ficando abaixo do valor central da distribuição e inferior ao obtido em uma amostra de 670 idosos da Cidade de Erechim, Rio Grande do Sul (67,60+20,08).

O domínio *Autonomia* avalia a independência do idoso para tomar suas próprias decisões, sentir que controla seu futuro, fazer as coisas que gostaria de fazer ou acreditar que as pessoas ao seu redor respeitam sua liberdade. O valor da amostra foi de 38,68 + 16,76, um *score* abaixo do nível médio e inferior ao obtido na amostra de idosos de Erechim (66,39+13,36).

Nas *atividades passadas, presentes e futuras*, é avaliada a satisfação com as realizações na vida, as oportunidades de novas realizações, reconhecimento merecido na vida, a felicidade com o que ainda se espera do futuro e com objetivos a serem alcançados. O valor obtido na amostra dos idosos de Arroio do Meio foi de 49 +16,77; esse valor é próximo do valor central da distribuição e inferior ao da amostra de idosos da pesquisa de Celich³⁷ com idosos de Erechim (69,25+11,25).

O domínio *participação Social* demonstra a satisfação pessoal com as atividades diárias, com o uso do tempo, com o nível pessoal de atividade e com as oportunidades de participar nas atividades da comunidade. O valor obtido com a amostra foi de 68,93 + 18,06 e ficou acima do nível médio e semelhante ao obtido na amostra de idosos do RS (72,07+10,67).

O domínio *morte e morrer* avalia as preocupações e os medos acerca da morte e do

morrer. O escore foi de 27,88 +17,24 - valor abaixo do nível médio e inferior ao obtido na amostra de idosos do RS (32,07+24,37).

O domínio *intimidade* avalia a capacidade de estabelecer relacionamentos íntimos e pessoais e apresentou um valor de 69,12 + 23,52. Esse valor encontra-se acima do nível médio e semelhante ao obtido na amostra de idosos do RS (69,00+15,81).

4.2 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO-MORAL DA AMOSTRA

Na amostra de 133 idosos, 122 questionários encontravam-se completos e foram analisados. A fase Pré-Social, como era esperado, não teve qualquer idoso ali classificado, pois não ocorre em indivíduos adultos e idosos.

Fases do desenvolvimento Psicológico- Moral	Fase	N
Pré-Social	1	-
Impulsiva	2	3,2% (4)
Oportunista	3	5,7% (7)
Conformista	4	17,9% (22)
Conscienciosa	5	38,3% (47)
Autônoma	6	32,5% (40)
Integrada	7	2,4% (3)
Total	-	100,0% (123)

Quadro 4 – Distribuição dos 123 participantes da amostra quanto as fases de desenvolvimento psicológico-moral

Fonte: Autora.

Nesta amostra, quatro (4) participantes encontraram-se no nível 2; sete (7) idosos encaixaram-se no nível 3; o quarto nível do desenvolvimento abrigou 22 idosos (terceiro lugar); o quinto nível (a fase Conscienciosa) teve o maior número de idosos, 47; o sexto nível contou com 40 idosos (segundo lugar) e três (3) participantes atingiram o nível integrado.

Os dados obtidos permitem afirmar que apenas 8,9% da amostra, ou seja, 11 indivíduos, não apresentavam desenvolvimento psicológico-moral que permita tomar decisões no seu melhor interesse. Os demais 112 idosos, isto é, 91,2% da amostra, tinham plenas

condições de decidir de forma adequada. Vale destacar que três idosos atingiram o nível integrado, considerado máximo no desenvolvimento psicológico-moral de uma pessoa.

5 DISCUSSÃO

*“Beijo suas mãos e lhe digo
Meu querido, meu velho, meu amigo
Eu já lhe falei de tudo,
Mas tudo isso é pouco
Diante do que sinto...”
(Meu querido, meu velho, meu amigo – Roberto Carlos)*

Durante o início da coleta de dados, um fato tornou necessária a adaptação do estudo a uma nova realidade que a comunidade de Arroio do Meio estava vivenciando naquele momento. Paralelamente, criou uma nova linha de discussão a respeito desta pesquisa, trazendo à luz da discussão a pergunta acerca das circunstâncias nas quais o ato de consentir torna-se um problema.

Ao final do mês de setembro de 2007, um grupo de estelionatários aplicou um golpe aos idosos de toda a região do Vale do Taquari simultaneamente, incluindo a cidade de Arroio do Meio. As vítimas eram os idosos residentes no interior dos municípios. Os estelionatários conseguiam o endereço do aposentado junto ao INSS e apresentava-se à vítima como fisioterapeutas ou agentes do INSS oferecendo uma “almofada milagrosa”. (Fonte: Coordenadoria de Comunicação Social) O órgão Fiscalizador do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul (Crefito-5) se manifestou em relação ao golpe, entregando um parecer do Conselho Regional de Fisioterapia do Rio Grande do Sul ao Procon. Em função do número elevado de pessoas lesadas, o Ministério Público gaúcho ingressou na Justiça com ações coletivas de consumo pedindo indenização aos consumidores e indenização por danos morais coletivos.

A coleta de dados da pesquisa teve início exatamente no mesmo mês em que o golpe era aplicado no município. Como orientação geral à população da cidade de Arroio do Meio, foi emitido um alerta, tanto por parte dos órgãos como Secretaria de Saúde e Conselho Municipal do Idoso, quanto pelas famílias que tiveram idosos envolvidos neste golpe.

Na época das visitas aos Grupos de Idosos, houve resistência por parte dos participantes, que, veementemente, negavam-se a assinar qualquer papel – inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Essa resistência foi sentida, com mais ênfase, na zona

rural, porém, mesmo na zona urbana, as pessoas haviam recebido instruções de familiares para não assinar quaisquer papéis sem a presença de um parente. Neste momento, o Termo de Consentimento, que representa um direito moral do paciente, garantindo a sua privacidade e a idoneidade do estudo, passou a se tornar uma barreira à própria pesquisa.

Esta situação inesperada e externa à pesquisa dificultou, inicialmente, a coleta junto à amostra. Após um período de contatos e melhor compreensão sobre o real objetivo da pesquisa, foi possível obter os dados da pesquisa que geraram as informações que serão discutidas no presente item.

Após a análise dos resultados, o primeiro ponto a ser realçado é a prevalência do sexo feminino neste estudo (60,9%), o que vem a corroborar com a literatura existente^{1,37,40-41}, onde a amostra das pesquisas conta sempre com maior número de mulheres. Além da prevalência, devemos considerar o fato de que as mulheres vivem mais do que os homens, principalmente em países em desenvolvimento. Em Teresina, Piauí, entrevistas semi-estruturadas aplicadas a 20 idosos, participantes do “Programa 3ª idade em ação”, possibilitaram aos autores do estudo avaliar a diferença existente entre os sexos no envelhecimento. O resultado mostra que existe influência do sexo do indivíduo na saúde e qualidade de vida no envelhecimento. Os homens vivenciam baixa auto-estima, enquanto as idosas conquistaram maior grau de autonomia, liberdade e aprendizado.⁴²

A baixa escolaridade dos participantes da pesquisa (71,4% possuem 1º grau incompleto) também aparece em outras pesquisas.³⁷ Timm⁴³ conclui que quanto mais avançada a idade, maior será a proporção de pessoas com baixa escolaridade. Podemos observar este fato na amostra dos idosos de Arroio do Meio.

Quase metade da amostra foi composta de aposentados (49,62%), o que parece ser em decorrência das pessoas iniciarem o trabalho no campo muito cedo em suas vidas, já que a maioria desta população, com predomínio na de idosos, vive da agropecuária.

Faceta ou Domínio do WHOQOL-OLD	Média		Desvio-padrão	
	Erechim	Arroio do Meio	Erechim	Arroio do Meio
Funcionamento dos Sentidos (SAB)	67,6	42,14	20,80	11,85
Autonomia (AUT)	66,4	38,68	13,4	16,76
Atividades passadas, presentes e futuras (PPF)	69,3	49,00	11,3	16,77
Participação Social (SOP)	72,10	68,93	10,70	18,06
Morte e morrer (DAD)	33,00	27,88	24,40	17,24
Intimidade (INT)	69,00	69,12	16,80	23,52
Total	68,55	49,29	9,80	6,88

Quadro 5 – Comparação entre os Domínios do WHOQOL-OLD, respectivamente, da amostra dos Idosos de Erechim (n=670) e dos Idosos de Arroio do Meio (n=132), RS

Fonte: Celich, 2008³⁷ e dados da autora.

O escore obtido no domínio autonomia (38,68 + 16,76) na amostra de Arroio do Meio foi inferior aos resultados da amostra de Erechim. Este dado aparentemente paradoxal, quando comparado ao verificado no desenvolvimento psicológico-moral, demonstra que, apesar de terem condições para tomarem decisão, de fato não exercem esta capacidade. O episódio anterior à coleta parece ter levado os familiares a destituírem os idosos da sua capacidade de auto-determinação, que permite entender a disparidade entre a capacidade e a percepção de autonomia.

Outros estudos vêm demonstrando a importância da Capacidade de Tomada de Decisão na busca dos fatores que contribuem para a qualidade de vida no idoso. A pesquisa realizada em Erechim demonstrou que, ao se avaliar a correlação entre os domínios do WHOQOL-OLD e a capacidade psicológica-moral de 670 idosos, observou-se que a autonomia é um dos determinantes para uma boa qualidade de vida e um dos pressupostos básicos para a tomada de decisão.³⁷

Ao avaliar o estado nutricional, seis domínios da qualidade de vida e a capacidade de tomar decisão de 248 idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, verificou-se que os idosos não institucionalizados apresentaram melhor qualidade de vida. Ambos os grupos permaneceram na fase conscienciosa do desenvolvimento psicológico-moral, o que lhes garante capacidade para tomada de decisão.³⁸

O tema da autonomia ainda desafia a prática diária dos profissionais da área da saúde. Emerge como uma necessidade primária a partir da qual os profissionais possam tornar-se sensíveis ao desejo individual do idoso de agir de forma autônoma e fazer escolhas de vida. O papel das equipes multidisciplinares que se tornam responsáveis pelo paciente idoso deve ser o de suporte para manter a capacidade de tomada de decisão, provendo as informações necessárias para permitir que as pessoas de idade avançada exerçam sua autonomia baseadas no que lhes parece certo.^{23,44-45}

O valor do funcionamento dos sentidos desta pesquisa indica que os idosos de Arroio do Meio têm uma percepção de perda na audição, visão, paladar, olfato, tato, pois os índices obtidos ($42,14 \pm 11,85$) foram inferiores à média e inferiores aos obtidos por Celich³⁷ em sua amostra de 670 idosos na cidade de Erechim ($67,60 \pm 20,08$).

As atividades passadas, presentes e futuras ($49 \pm 16,77$) obtiveram um escore menor que da amostra dos idosos de Erechim ($69,25 \pm 11,25$), o que denota a insatisfação em relação às conquistas da vida em comparação com aquilo que se anseia. A participação social dessa amostra obteve o segundo maior escore, juntamente com o segundo maior desvio padrão ($68,93 \pm 18,06$), atrás apenas de intimidade.

Dentre inúmeros fatores, as pesquisas têm demonstrado como uma grande necessidade das pessoas desta faixa etária a atenção e interesse das pessoas que as cercam.⁴⁶ A participação social dos idosos em seus grupos parece ser um fator que traz atenção e a sensação de pertencimento a um grupo. Através de um estudo de análise fenomenológica, constatou-se que os momentos de felicidade dos idosos estão relacionados ao contato familiar e social, à autonomia e à capacidade para trabalhar, o que constitui um conjunto de fatores que traz valor pessoal, auto-estima e bem-estar.⁴⁷ Em estudo semelhante, utilizando-se 105.806 entrevistas gravadas da análise populacional geral de 41 países membros da OMS, a maioria dos sujeitos da pesquisa selecionou *atenção* como principal prioridade para o incremento da qualidade de vida, seguido de *dignidade* e *comunicação*.⁴⁸ Aqui, mais uma vez, o domínio *saúde* não aparece como determinante na qualidade de vida com sucesso. O “Grupo socioterápico” parece cumprir com o papel de incentivar um resgate prazeroso de atividades sociais, formando um vínculo com os elementos do grupo e lhes proporcionando segurança, apoio, compreensão e liberdade. A *morte* e o *morrer* apresentaram, juntos, o

menor escore da pesquisa, o que demonstra a pouca preocupação e a coragem dos idosos quando o assunto é a morte.

O município de Arroio do Meio, durante três anos seguidos, foi ganhador da melhor saúde pública do Rio Grande do Sul, segundo a Fundação de Economia e Estatística (FEE), com base em dados apurados pelo Índice de Desenvolvimento Econômico (Idese).⁴⁹ Na cidade, os moradores gozam de atendimento médico gratuito e de boa qualidade, o que pode explicar tal postura diante da realidade da morte.

Outro aspecto a considerar quando o assunto é morte e morrer, é a espiritualidade. Na cidade de Arroio do Meio, percebe-se grande adesão à religião por parte da população. Também nos grupos de Idosos, a espiritualidade se faz presente. No início de cada encontro, a abertura é feita com uma oração, o que demonstra o grande apego à espiritualidade. A literatura científica já demonstra interesse pela questão da religião, da fé, da espiritualidade, uma vez que estas apresentam relação com a cura de doenças e qualidade de vida da pessoa.^{17,50-51} A própria descendência alemã já traz, em seus indivíduos mais longevos, uma história de muitas perdas, algumas guerras e isto pode contribuir para que estes idosos com idade mais avançada não temam a morte.

O domínio *intimidade*, que traz perguntas acerca de companheirismo e amor, apresentou o maior escore da pesquisa, o que nos leva à conclusão de que os idosos de Arroio do Meio têm um envelhecimento pleno de satisfação com seus companheiros e aqueles que os rodeiam. As famílias estruturam-se de forma única em cidades do interior do Rio Grande do Sul. As estruturas familiares permitem que, de três a quatro gerações da mesma família continuem vivendo sob o mesmo teto, o que afasta a possibilidade de solidão, que freqüentemente os idosos experimentam longe da família. As atividades de trabalho pesado são assumidas pelos filhos quando estes atingem idade para tanto. Assim, na terceira idade, o idoso já pode contar com mão de obra de filhos e netos na roça, restando ao idoso, quando necessária sua ajuda, as lidas da casa e contato com os netos e bisnetos.

Os índices de Institucionalização dos idosos da cidade são baixos, uma vez que as famílias encontram condições de dar a atenção necessária ao idoso em seu lar. O bom convívio familiar e social possibilita a essa população qualidade de vida e dignidade.⁵²

Corroborando com o resultado deste estudo, uma pesquisa realizada num condado montanhoso da china revelou que idosos que experienciam o status de “ninho-vazio” (é o processo pelo qual os pais passam quando os filhos vão embora de casa), tiveram maior probabilidade de ser acometidos por uma doença mental e de sentirem-se insatisfeitos com suas vidas.⁵³ Em Melbourne, Austrália, 149 avós (100 avós e 49 avôs), com idade superior ou igual a 80 anos, foram avaliados segundo escalas de satisfação e níveis indicados de contato semanal com os netos. O papel de avós do sexo feminino traz satisfação, uma vez que provém um sentido de propósito e valorização durante a meia idade e velhice.⁵⁴ Um estudo desenvolvido pela UFRGS-RS, envolvendo 297 estudantes universitários, ratifica a noção empírica que cuidados dos pais na infância, pode ser associados com melhor qualidade de vida na vida adulta, portanto na velhice também.⁵⁵

Informações que promovam a tomada de decisão e encorajem a independência, bem como o trabalho em colaboração com membros da rede social do idoso, podem realçar a autonomia dos idosos. Esse fato não deixa de corroborar com o domínio *atenção* já mencionado acima, uma vez que prover informação ao idoso requer, necessariamente, atenção e dedicação.²³

As pesquisas mais recentes não vinculam uma interdependência entre qualidade de vida satisfatória com boa saúde do idoso, mas podemos encontrar ainda autores que colocam como uma premissa para o envelhecimento com sucesso, a melhoria dos cuidados de saúde do idoso.

Na Turquia, por exemplo, um estudo envolvendo 1301 (81,3%) idosos de uma área rural, demonstrou que, na idade avançada, a qualidade de vida piora nas mulheres, viúvas, analfabetos, acamados e com doenças diagnosticadas que requerem uso de medicamentos. Mulheres eram mais dependentes em atividades como trabalhos de casa, compras, viagens, transporte e banho. Homens eram dependentes quando a tarefa envolvia a preparação das refeições. Ao final, os autores colocam a atenção à saúde como um determinante para o alcance de uma melhor qualidade de vida aos idosos.⁵⁶⁻⁵⁷ É possível que o componente cultural tenha sido determinante em tal resultado, bastante contrário a maior parte dos estudos encontrados hoje nos mais diversos bancos de dados de vários países.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Olhando seus cabelos, tão bonitos,
Beijo suas mãos e digo
Meu querido, meu velho, meu amigo.
(Meu querido, meu velho, meu amigo - Roberto Carlos)”*

Mesmo que o termo “*aging*” não encontre em nossa cultura uma definição similar a dos orientais, precisamos buscar resgatar um envelhecimento que seja visto como natural e com vistas ao sucesso. O velho paradigma que o idoso carrega deve ser desmontado, possibilitando que idosos tomem suas decisões baseados no que acham adequado para suas vidas.

O baixo valor do escore geral do WHOQOL-OLD (49,29) encontrado na pesquisa parece não ser determinante para o impedimento da tomada de decisão, expresso por uma média de 4,44. Os valores desta pesquisa apresentaram-se bastante diferentes à Pesquisa dos Idosos em Erechim.³⁷ Na amostra de 670 idosos, a média da qualidade de vida foi de 68,55+9,80, muito acima do valor obtido com os idosos de Arroio do Meio. Por outro lado, estes idosos que apresentam bom nível de qualidade de vida não correspondem quando o assunto é capacidade de tomada de decisões, uma vez que a maioria permaneceu na fase Conformista, enquanto a amostra de Arroio do Meio atingiu a fase Consciosidade, com a ressalva de 3 idosos de uma amostra de 123 chegarem a atingir a fase Autônoma.

Quando desconsideramos o escore global e consideramos os domínios do WHOQOL-OLD, conseguimos partir para uma análise mais criteriosa relevando os domínios mais significativos para analisar profundamente o resultado desta pesquisa. Percebemos que os indivíduos demonstram satisfação pessoal com as atividades diárias, com o uso do tempo, com o nível pessoal de atividade e com as oportunidades de participar nas atividades da comunidade; com a capacidade de estabelecer relacionamentos íntimos e pessoais.

Nesse ínterim, precisamos tocar no ponto que tange a peculiaridade de cada região de nosso país, que têm tantas cores e costumes diferentes. Os laços de vizinhança e parentesco entre os imigrantes alemães são muito fortes. São criadas parcerias para empréstimos de dinheiro para a compra de terras, no trabalho conjunto para construção da igreja ou da escola,

nas colheitas, nas freqüentes visitas noturnas e no exercício da religiosidade. As famílias cultivam o costume de rezar à mesa. Nos cultos dominicais na igreja luterana, que é a confissão cristã dos antepassados da maioria, as famílias são representadas ao menos pela metade de seus membros, sob pena de não serem bem vistas pela comunidade.⁵⁸ Dentre outros costumes que são comuns aos moradores do interior, estes traços mencionados acima explicam a importância que a sociedade, os relacionamentos entre amigos e parentes, têm para os idosos de Arroio do Meio.

Os idosos de Arroio do Meio apresentam uma preocupação pequena com a maneira de como vão morrer ou com o quanto a poderão sofrer até a morte, o que parece denotar um mecanismo poderoso de enfrentamento em relação ao futuro. Num município que, por três anos consecutivos, obteve os melhores índices de saúde pública do Estado, é de se esperar que as pessoas não se preocupem tanto com a saúde, visto que os cuidados médicos são de fácil acesso. A saúde, portanto, não parece ser um fator determinante para uma boa qualidade de vida, o que corrobora com os achados dos autores mais recentes, que colocam atenção da família, participação na sociedade como realidades mais decisivas na busca de qualidade de vida.^{5,15,17-18}

Nesta pesquisa, o escore mais alto de todos os domínios do WHOQOL-OLD foi da intimidade, seguido pelas atividades sociais. Isso parece ser em decorrência do suporte familiar que os idosos do município possuem, juntamente com uma rede social de participação representada como um forte elo pelos Grupos de Idosos.

Os idosos de Arroio do Meio não atingiram um bom nível global de Qualidade de Vida, porém, encontram-se satisfeitos com as relações pessoais e a participação social, domínios estes, que apresentam maior impacto na busca pela qualidade de vida do que apenas boa saúde. A maneira habitual de considerar idosos como sendo vulneráveis e incapazes de tomar decisões não pode ser aplicada a essa amostra.

A Qualidade de Vida parece não se mostrar determinante para a Capacidade de Tomada de decisão nesta amostra de idosos da Cidade de Arroio do Meio, uma vez que não apresentam escore global de Qualidade de Vida satisfatório, mas apresentam capacidade para gerir suas decisões, quando a maior parte da amostra encontra-se na fase Consciente do desenvolvimento Psicológico-Moral.

Para entender as necessidades específicas dos nossos idosos, não podemos desconsiderar a questão cultural. Na busca em proporcionar um envelhecimento ativo aos nossos indivíduos de cabelos brancos, o caminho é incentivar sua participação na sociedade – valorizando, por exemplo, os Grupos Socioterápicos.

Investimentos maciços em atividades que promovam o resgate prazeroso do idoso na sociedade podem fazer a diferença, em conjunto com outros fatores, para que a terceira idade não seja vista como o final da trajetória, mas sim, um recomeço. Proporcionar o convívio do idoso no seio da família, respeitar o direito de gerir suas decisões também são pontos chave para transformar essa revolução demográfica não em caos, mas numa conquista para a humanidade.

REFERÊNCIAS

- 1 Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
- 2 Veras RP, Caldas PC. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Cien Saude Colet*. 2004;9(2):423-32.
- 3 Albuquerque AS, Tróccoli BT. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2004;20:153-64.
- 4 Zimmerman G. Velhice, aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- 5 Clotet J. Bioética uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003.
- 6 Goldim JR. Bioética e envelhecimento. In: Freitas, EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, editores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 85-99.
- 7 Paz AA, Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paul Enf*. 2006;19(3):338-42.
- 8 Silva MJ, Varela MV. O conceito de adaptação na terceira idade: uma aproximação teórica. *Arq Geriatr Gerontol*. 1999;3(1):25-9.
- 9 Orimo H, Kamiya N. Redefining the concept of elderly--for "successful aging" society. *Nippon Rinsho*. 2008;66(8):1605-14
- 10 Fonte IB da. II Assembléia Internacional sobre o Envelhecimento. In: XII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais: Anais, 2002 Nov 4-8; Outro Preto, MG. Outro Preto: ABEP; 2002.
- 11 Cabrero G. Participación Social de las personas mayores. Madrid: IMSERSO; 1997.

- 12 Organização das Nações Unidas. Salud y envejecimiento: un documento para el debate. [documento eletrônico]. Madrid; 2002 [capturado 2007 May 12]. Disponível em: www.madrid2002-envejecimiento.org
- 13 Organização Mundial da Saúde. Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1998
- 14 Herman J. A middle range theory for generative quality of life for the elderly. *ANS Adv Nurs Sci.* 2006;29(4):340-50.
- 15 Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Life satisfaction among elderly population in the city of Botucatu, Southern Brazil. *Rev Saude Publica.* [periódico on-line]. 2007 Feb [capturado 2007 May 18];41(1):131-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100018&lng=en&nrm=iso.doi:10.1590/S0034-89102007000100018
- 16 Eliopoulos C. *Enfermagem Gerontológica*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- 17 Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med.* 1995;41:1439-46.
- 18 Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(3):246-52.
- 19 Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras de Psiquiatr.* [Periódico on-line]. 2003 Mar [Capturado 2007 May 18];25(1):31-39. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000100007&lng=en&nrm=iso.doi:10.1590/S1516-44462003000100007
- 20 OAB lança campanha pelo direito dos idosos [Documento on-line]. São Paulo: OAB/SP, 10 set. 2007 [Capturado 2008 Jun 12]. Disponível em: http://www.oabsp.org.br/destaque_principal/oab-sp-lanca-campanha-pelo-direito-dos-idosos.
- 21 OAB e CFP lançam Relatório de Inspeção a Instituições de Idosos. [Documento on-line]. [S.l.] Ju Brasil, 26 ago. 2008 [Capturado 2008 ago 30]. Disponível em:

<http://www.jusbrasil.com.br/noticias/100234/oab-e-cfp-lancam-relatorio-de-inspecao-a-instituicoes-de-idosos>

22 Kant I. Fundamentação da metafísica dos costumes. Lisboa: Ed. 70; 1960.

23 Matsui M, Capezuti E. Perceived autonomy and self-care resources among senior center users. *Nurs*. 2008;29(2):141-7

24 Persival T. Medical ethics. Manchester: Russel; 1803.

25 Goldim JR. O consentimento informado e a adequação de seu uso na pesquisa em seres humanos [tese]. Porto Alegre (RS): UFRGS; 1999.

26 Batista CC, Goldim JR, Fritscher CC. Bioética clínica: ciência e humanidade. *Sci Med*. 2005; 15:1.

27 Drummond Jr, E. Objetivando construir uma metodologia mais adequada para a prática pedagógica das atividades físicas dos idosos. *Arq Geriatr Gerontol*. 1999;3(2):57-61.

28 Goldim JR. Autonomia, tomada de decisão e envelhecimento [homepage da internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2006 [capturado 2007 May 12]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/gerauto.htm>

29 Aiyres J, França JI, Calazans GJ, Saletti FHC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czerensia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.

30 Chaimowicz, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saude Publica*. 1997;31(2):184-200.

31 Costa MFFL, Guerra HL, Firmo JOA, Uchoa E. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. *Inf Epidemiol SUS*. 2002;11(2):91-105

- 32 Clotet J, Goldim JR, Francisconi CF. Consentimento Informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2000.
- 33 Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. Rev de Saude Publica, 2003;37(6):793-9.
- 34 Power M, Schmidt S. Manual WHOQOL-OLD. Tradução e adaptação para o Português: Chachamovich E, Fleck MPA. Brasília, DF: OMS; 2006.
- 35 Power M, Schmidt S. Manual WHOQOL-OLD [homepage da internet] [Capturado 2006 Dec 12]. Disponível em: <http://ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%Manual%20Portugues.pdf>
- 35 Souza ELP. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. Bol SPRGS. 1968;3(7):5-16.
- 36 Carmona J, Pedrazani AA, Santos S, Santos M, Goldim JR. Validação de um instrumento para avaliar autonomia: alteração de forma. Rev HCPA. 1996;16(2):128.
- 37 Celich KLS. Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes sw grupos da terceira idade. [Dissertação] Porto Alegre (RS): Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS; 2008.
- 38 Ramos LJ. Avaliação do estado nutricional, de seis domínios da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados no município de Porto Alegre, RS. [Dissertação] Porto Alegre (RS): Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS; 2008
- 39 Loevigner J. The meaning and the measurement of ego development. Am Psychol. 1966;21(3):195-206.
- 40 Farenzema WP. Qualidade de vida em grupo de idosos de Veranópolis – RS. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, PUC/RS; 2007.

- 41 Mastroeni MF, Erzinger GS, Mastroeni SSS, Silva NN da, Marucci MFN. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, SC: Estudo de base domiciliar. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(2):190-201.
- 42 Figueiredo M do L, Tyrrel MA, de Carvalho CM, Luz MH, Amorim FC, Loiola NL. Gender differences in the elderly. *Rev Bras Enf.* 2007;60(4):422-7.
- 43 Timm LA. Qualidade de vida no idoso e sua relação com o Lócus de Controle. [dissertação]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC/RS; 2006.
- 44 Castellucci DT. Issues for nurses regarding elder autonomy. *Nurs Clin North Am.* 1998;33(2):265-74.
- 45 Vario M. Multidimensional approach aimed at the frail elderl: review of the literature. *Prof Infirm.* 2008;61(2):98-111.
- 46 Van den Boer-van den Berg JM. Towards a more humane care for the elderly: ethical reflection. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 1997;28(5):204-8.
- 47 Luz MMC, Amatuzzi MM. Vivências de felicidade de pessoas idosas. *Estud Psicol.* 2008;25(2):303-7
- 48 Valentine N, Darby C, Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Soc Sci Med.* 2008;66(9):1939-50.
- 49 Índice de desenvolvimento Socioeconômico (Idese 2004). [Documento on-line]. Porto Alegre: FEE, 2007 [Capturado 2008 jun 12]. Disponível em:
- 50 Saad M, Masiero D, Batisttella LR. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fis.* 2001;8(3): 107-112.

51 Panzini RG, Rocha NS da, Bandeira D, Fleck MP. Espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida. In: Fleck MP e cols. A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 178-96.

52 Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer AI. Idosos residentes do meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto Contexto Enf.* 2008;17(2):250-7.

53 Liu LJ, Guo Q. Life satisfaction in a sample of empty-nest elderly: a survey in the rural area of a mountainous county in China. *Qual Life Res.* 2008;17(6):823-30. Epub 2008 Jul 2.

54 Ceresuela López A, Rubio Rubio S, Rodríguez Rodríguez B, David Domingo JM, Cuerda Seguro C, Lorente Aznar T. Social inequality and changes in quality of life among the elderly in rural areas of the province of Cuenca (Spain) between 1994 and 2002. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43(4):221-8.

55 Zimmermann JJ, Eisemann MR, Fleck MP. Is parental rearing an associated factor of quality of life in adulthood? *Qual Life Res.* 2008;17(2):249-55. Epub 2007 Dec 13.

56 Landefeld CS . Improving health care for older persons. *Ann Intern Med.* 2003 2;139(5 Pt 2):421-4.

57 Arslantas D, Unsal A, Metintas S, Koc F, Arslantas A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskişehir (Turkey). *Arch Gerontol Geriatr.* 2008 Jan 22. [Epub ahead of print].

58 Menasche R, Schmitz L C. Agricultores de origem alemã, trabalho e vida: saberes e práticas em mudança em uma comunidade rural gaúcha. *Anais da Reunião Brasileira de Antropologia.* Goiânia, GO: ALASRU; 2006.

http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg_idese.php?ano=2004

ANEXO A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão de idosos participantes de grupos socioterápicos (grupos de idosos) do município de Arroio do Meio/RS

A terceira idade vem sendo muito estudada nos últimos tempos por causa do aumento expressivo da população de idosos no mundo e inclusive aqui no Brasil. É importante avaliar as condições dos idosos em relação à qualidade de vida e capacidade de tomada de decisão para conhecer a sua realidade aqui na cidade.

Este estudo tem por objetivo avaliar a sua qualidade de vida e sua capacidade de tomada de decisão, para posteriormente relacionar com outros estudos.

Serão utilizados 2 questionários que serão aplicados por um voluntário, qualquer dúvida, o voluntário poderá ajudá-lo. Depois, os dados serão estudados pelo responsável pela pesquisa e pela pesquisadora e os resultados não demonstrarão nomes de quem respondeu.

Não há desconfortos ou riscos que podem ocorrer durante o processo de coleta dos dados. O benefício é a participação de uma pesquisa científica, podendo colaborar com a ciência.

Sua participação não causará nenhum risco adicional e sua privacidade será garantia bem como poderás desistir a qualquer momento sem nenhum constrangimento.

Ressaltamos também que a concordância em participar deste estudo não implica necessariamente em qualquer modificação no tratamento que você esteja realizando. Para a realização da pesquisa, necessitamos seu consentimento através da sua assinatura a seguir.

Eu, (paciente ou responsável) fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do estudo e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. A pesquisadora responsável Alethéia Peters Pavan (51 81260211) certificou-me de que todos os dados desta pesquisa referentes a minha pessoa serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, face a estas informações. Estou ciente de que posso contar também com o orientador da pesquisa Dr José Roberto Goldim (51 21017615), ou ainda contatar o comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do RS pelo telefone (3320 3345).

Assinatura do Idoso	Nome	Data
Assinatura do Pesquisador	Alethéia Peters Pavan Nome	Data
Assinatura da testemunha	Nome	Data

ANEXO B - QUESTIONÁRIO WHOQOL-OLD

Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade. Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta. Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

F25.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F25.3 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F26.1 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F26.2 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F26.4 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.2 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.3 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.4 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.5 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

F25.4 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F26.3 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F27.3 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F27.4 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F28.4 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

F27.5 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F28.1 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F28.2 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F28.7 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F27.1 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem Infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

F25.2 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

F30.2 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F30.3 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F30.4 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F30.7 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

ANEXO C - INSTRUMENTO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO-MORAL

Nome: _____

Idade: _____ anos Profissão: _____

Data de Preenchimento: ____/____/____

Escolaridade: Analfabeto 3º grau incompleto
 1º grau incompleto 3º grau completo
 1º grau completo Especialização
 2º grau incompleto Mestrado
 2º grau completo Doutorado

Assinale 3 afirmações que correspondam ao seu gosto pessoal:

- Poder contar com amigos que me ajudam.
- Realizar um trabalho bem feito.
- Estar numa posição de dar ordens.
- Fazer o que é moralmente certo.
- Não alimentar preconceitos.
- Ser coerente com o que digo e faço.
- Ter amigos protetores.
- Retribuir os favores que me fazem.
- Estar em harmonia comigo mesmo.
- Ter relações influentes.
- Não se deixar influenciar por convenções sociais.
- Ser generoso para com os outros.

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais freqüentemente com relação a si mesmo:

- Compromissos assumidos.
- Não ser dominado pelos outros.
- Aprimoramento pessoal.
- Desejos sexuais.
- Estar bem trajado.
- Harmonia interior.

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais freqüentemente com relação a si mesmo:

- Prestígio.
- Coerência.
- Autonomia.
- Autocrítica exagerada.
- Competição.
- Impulsividade.

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais freqüentemente com relação a si mesmo:

- Medo à vingança.
- Boa reputação.
- Conflito de necessidades.
- Independência.
- Ter um rendimento ótimo.
- Obter vantagens.