

TATIANA QUARTI IRIGARAY

**DIMENSÕES DE PERSONALIDADE, QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM  
IDOSAS DA UNIVERSIDADE PARA A TERCEIRA IDADE (UNITI/UFRGS)**

**Dissertação apresentada como requisito  
parcial para obtenção do grau de Mestre,  
pelo Programa de Pós-Graduação em  
Gerontologia Biomédica da Pontifícia  
Universidade Católica do Rio Grande do  
Sul.**

Orientador: Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider

Porto Alegre  
2006

**DIMENSÕES DE PERSONALIDADE, QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM  
IDOSAS DA UNIVERSIDADE PARA A TERCEIRA IDADE (UNITI/UFRGS)**

**Dissertação apresentada como requisito  
parcial para obtenção do grau de Mestre,  
pelo Programa de Pós-Graduação em  
Gerontologia Biomédica da Pontifícia  
Universidade Católica do Rio Grande do  
Sul.**

Aprovada em 18 de Dezembro de 2006.

**BANCA EXAMINADORA:**

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Clarissa Marcelli Trentini  
UFRGS

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Irani I. de Lima Argimon  
PUCRS

Dedico esta dissertação à querida amiga e colega, Prof.  
Dr<sup>a</sup>. Odair Perugini de Castro, que me apresentou com  
sabedoria e brilhantismo ao tema do envelhecimento e que  
também vem apoiando e incentivando meu crescimento  
profissional.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, ao meu pai (*in memorian*) e à minha mãe. Ao meu pai por ter me ensinado os valores essenciais da vida, e à minha mãe pelo amor, companheirismo e estímulo que a leva a estar sempre ao meu lado em todos os momentos da minha vida.

Ao meu esposo, que partilha comigo minhas realizações e esperanças, por todo incentivo, apoio e compreensão ao longo dessa caminhada. Obrigada!

De maneira muito especial, ao meu orientador, Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider, por toda a sua dedicação, atenção, companheirismo e pelo modelo de profissional e pesquisador. Muito obrigada pela acolhida, pelos ensinamentos e pela confiança que em mim depositou em todos os momentos de elaboração da dissertação.

Aos meus sogros pelo incentivo e apoio recebido. Muito Obrigada!

À Adriana, minha irmã, pela amizade que nos une e nos torna companheiras. Pelo incentivo, carinho e tudo mais.

À minha irmã Carla e sobrinhos, Mariane, Henrique, Gabriel e Clarisse pela alegria da convivência e carinho.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Odair Perugini de Castro por toda a sua atenção, auxílio, incentivo e por parte da profissional e pesquisadora que sou. Grata pela compreensão, companheirismo, carinho e torcida.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Clarissa Marcelli Trentini pelo auxílio, disposição, carinho, amizade e alegria. Pela leitura atenta e companheirismo. Grata, Clarissa!

À minha querida amiga Janaina, pela amizade, carinho, estímulo e alegria. Obrigada por cada palavra de incentivo.

Ao meu colega e amigo Moacyr Pereira Chaves, pelo carinho e amizade.

Aos professores e ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da PUC-RS, bem como sua coordenação em nome da Prof<sup>a</sup> Valdemarina Bidone de Azevedo e Souza.

Aos meus colegas do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da PUC-RS, em especial, à Julcinéia, à Cristiane, à Ingrid e ao Pedro Joel, pela amizade, incentivo e parceria.

À amiga Conceição Paz Duarte, bibliotecária, pelo apoio, carinho e também pelas normatizações de artigos realizadas durante todo o Mestrado.

À Prof<sup>a</sup> Denise J. Dreher, pela parceria e excelência na revisão do português.

À Fernanda, bibliotecária, pela disposição e eficiência do trabalho realizado.

Ao Prof. Ênio João Frantz, pela excelência nas traduções.

Às minhas queridas auxiliares de pesquisa, Ângela Hendler Mota e Camila Rosa de Oliveira, que foram essenciais na realização desta pesquisa. Obrigada pela disposição e companheirismo, pela confiança e parceria.

A todas as idosas da Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS) que participaram desta pesquisa e foram peças fundamentais neste processo. Elas me ensinaram que é possível envelhecer bem, com sabedoria, dignidade, amor e alegria. Muito obrigada pela disposição e acolhida, pelo carinho e apoio.

Ao CAPES pelo apoio financeiro recebido.

À banca examinadora, pelo aceite ao convite.

“O mais importante e bonito do mundo, é isto: as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas, mas elas vão sempre mudando.”

João Guimarães Rosa

# DIMENSÕES DE PERSONALIDADE, QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM IDOSAS DA UNIVERSIDADE PARA A TERCEIRA IDADE (UNITI/UFRGS)

## RESUMO

**Introdução:** Os aspectos de personalidade e o engajamento em atividades sociais têm sido apontados como fatores que podem contribuir para o desenvolvimento ou não de patologias em idosos, bem como influenciar na conquista de uma boa qualidade de vida na velhice. **Objetivos:** O presente estudo deu origem a dois artigos, cada um com a sua proposta. O artigo 1 teve como objetivo geral investigar a relação entre dimensões de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas da Universidade para Terceira Idade (UNITI/UFRGS), e os seguintes objetivos específicos: avaliar dimensões gerais de personalidade, intensidade e prevalência de sintomatologia depressiva e aspectos de qualidade de vida na amostra estudada. O artigo 2 teve como objetivo examinar a relação entre o tempo de participação na UNITI e os aspectos de personalidade, a depressão e a qualidade de vida de idosas. **Métodos:** Os dois estudos tiveram delineamento transversal, com a participação total de 103 idosas, com idade entre 60 e 86 anos e escolaridade mínima de sete anos de estudo. A coleta de dados foi realizada na Universidade para Terceira Idade (UNITI/UFRGS), e o processo de amostragem foi o de conveniência. Todas as participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, a partir daí, foram convidadas a responder a respeito de informações sociodemográficas, fatores de personalidade (IFP), qualidade de vida (WHOQOL-bref) e depressão (GDS). **Resultados:** O artigo 1 mostrou que as idosas, de modo geral, apresentaram características medianas para todos os fatores de personalidade, tendo como dimensões mais referidas a alta deferência e baixa agressão. Por meio de uma análise de *clusters* para os fatores do IFP, foi observada a presença de dois grupos com características distintas de personalidade: um mais preocupado com os outros e outro mais voltado para si. Embora ambos os grupos não tenham preenchido critérios para depressão, ocorreu uma diferença significativa no escore da GDS, em que o grupo mais preocupado com os outros apresentou maior intensidade de sintomatologia depressiva. O artigo 2 sugeriu que o tempo de participação na UNITI superior a um ano está associado à melhor percepção de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e relacionamentos sociais e à menor intensidade de sintomas depressivos entre as idosas participantes. **Conclusões:** O estudo aponta para uma

associação entre dimensões de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas. Observou-se também uma relação entre tempo de participação na UNITI, percepção de qualidade de vida e intensidade de sintomas depressivos, ou seja, quanto maior o tempo de participação, melhor a percepção de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e relacionamentos sociais e menor a intensidade de depressão.



**DIMENSIONS OF PERSONALITY, QUALITY OF LIFE AND DEPRESSION IN  
ELDERLY WOMEN OF THE UNIVERSITY FOR THE THIRD AGE  
(UNITI/UFRGS)**

**ABSTRACT**

**Introduction:** Personality aspects and social activities engagement have been mentioned as factors that may contribute for the pathology development in the elderly, as well as influence in the attainment of good quality of life at old age. **Objectives:** The present study has given origin to two articles, each one with its own proposal. Article 1 had the general objective of investigating the relation between personality dimensions, quality of life and depression in elderly women of the University for the Third Age (UNITI/UFRGS), and the following specific objectives: to evaluate general personality dimensions, intensity and prevalence of depressive symptomatology and aspects of quality of life in the studied sample. Article 2 aimed at investigating the relation between the participation time at UNITI and the aspects of personality, depression and quality of life in elderly women of the University for the Third Age. **Methodology:** The two studies had transversal delineation, with a total participation of 103 elderly women, at ages from 60 to 86 with a minimum of seven school years. The data collection was performed at the University for the Third Age (UNITI/UFRGS), having being used the convenience sampling process. All the participants filled in a Free and Knowledgeable Will Form, and were then invited to answer about sociodemographic information, personality factors (PFI), quality of life (WHOQOL-bref) and depression (GDS). **Results:** Article 1 showed that the elderly women, in general, presented average characteristics to all the personality factors, having high deference and low aggression as the most referred dimensions. Through a clusters analysis for the PFI factors, it was observed the presence of two groups with distinct personality characteristics: one more preoccupied with the others and the other more self-concerned. Although both groups did not fill in criteria for depression, it happened a significant difference in the GDS score, where the group more preoccupied with the others presented higher depressive symptomatology. Article 2 suggested that the participation time over one year at UNITI is associated to a better perception of quality of life in physical and psychological domains and in social interactions, and to a lower intensity of depressive symptoms among the elderly participant women. **Conclusions:** The study indicates an association between personality dimensions, quality of life and depression in elderly

women. Also, it was observed relation between the participation time at UNITI, perception of quality of life and intensity of depressive symptoms, that is, the more participation time, the better perception of quality of life in physical and psychological domains and in social interactions, and lower depression intensity.

## LISTA DE SIGLAS

*dp* – desvio-padrão

DP – desvio-padrão

m – média

*M* – média

N – amostra

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

IFP – Inventário Fatorial de Personalidade

IGG – Instituto de Geriatria e Gerontologia

p – nível de significância

PUC-Campinas - Pontifícia Universidade Católica de Campinas

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

QV – qualidade de vida

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UNATI-UCG – Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Católica de Goiás

UNATI/UCG - Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de

Pernambuco

UNITI - Universidade para a Terceira Idade

WHOQOL-bref - Instrumento de avaliação de qualidade de vida versão breve.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1.1 O Processo de Envelhecimento</b> .....	14
<b>1.2 As Universidades para a Terceira Idade</b> .....	16
<b>1.3 Feminização da Velhice</b> .....	18
<b>1.4 Personalidade e Envelhecimento</b> .....	18
<b>1.5 Qualidade de Vida em Idosos</b> .....	20
<b>1.6 Depressão em Idosos</b> .....	21
<b>1.7 Questões de Pesquisa e Hipóteses de Trabalho</b> .....	23
<b>2 ARTIGOS</b> .....	25
<b>2.1 ARTIGO 1 - Aspectos de Personalidade, Qualidade de Vida e Depressão em Idosas</b> .....	25
<b>2.1.1. Versão em Português</b> .....	27
<b>2.1.2. Versão em Inglês</b> .....	61
<b>2.2 ARTIGO 2 - Tempo de participação na Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS) e sua associação com dimensões de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas</b> .....	93
<b>2.2.1 Versão em Português</b> .....	95
<b>3 CONCLUSÕES</b> .....	119
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	120
<b>ANEXOS</b> .....	126
<b>ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	127
<b>ANEXO 2 – Informações Sociodemográficas</b> .....	129
<b>ANEXO 3 – WHOQOL-bref</b> .....	134
<b>ANEXO 4 – Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)</b> .....	137
<b>ANEXO 5 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	138
<b>ANEXO 6 – Instruções aos Autores (Journal of Aging and Mental Health)</b> .....	139
<b>ANEXO 7- Instruções aos Autores (Estudos de Psicologia - Campinas)</b> .....	143

## 1 INTRODUÇÃO

Os aspectos de personalidade e o engajamento em atividades sociais têm sido apontados como fatores que podem contribuir para o desenvolvimento ou ausência de patologias em idosos, bem como influenciar na conquista de uma boa qualidade de vida na velhice. O termo personalidade não apresenta uma definição única, variando de acordo com a teoria de personalidade empregada. Segundo a teoria de Murray,<sup>1</sup> a personalidade refere-se a uma série de eventos que abrangem toda a vida do indivíduo, refletindo elementos duradouros e recorrentes do comportamento e também elementos novos e únicos. Dessa forma, a personalidade atua como o agente organizador ou governador do indivíduo.<sup>1</sup> Para Neri<sup>2</sup> a personalidade tem relação com as maneiras como os indivíduos geralmente se comportam, têm experiências, acreditam e sentem em relação a si mesmos, aos outros e ao mundo.

A personalidade parece estar relacionada à saúde e à longevidade na velhice. Embora ainda sejam pouco conhecidas as bases dessa associação, há evidências da importância da personalidade no bem-estar subjetivo e início de depressão em idosos. Segundo alguns estudos, um mecanismo que pode ser responsável por essa associação é a relação da personalidade com comportamentos que promovam a saúde ou que coloquem o indivíduo em risco.<sup>3</sup>

Diversos estudos mostram que a saúde na velhice está associada à manutenção da atividade ou desempenho de um estilo de vida engajado socialmente. Assim, altos níveis de participação em atividades físicas, sociais e cognitivas sugerem ter uma relação com um menor risco de doenças, incapacidades e morte em idosos.<sup>4,5,6,7</sup> Entretanto, a influência da personalidade sobre esses padrões característicos de atividades na velhice ainda não são totalmente conhecidos.<sup>8</sup>

A seguir, serão abordados aspectos do processo de envelhecimento humano; caracterizadas as Universidades para a Terceira Idade e a feminização da velhice e, após, serão revisados os conceitos de personalidade, qualidade de vida e depressão e sua associação com a velhice. Por fim, apresentar-se-ão as questões de pesquisa e hipóteses que motivaram o desenvolvimento dos dois artigos que irão compor o núcleo desta dissertação.

## 1.1 O Processo de Envelhecimento

Em todo mundo, o número de pessoas com 60 anos ou mais tem crescido mais que o de qualquer outra faixa etária. Assim, estima-se que, em 2025, haverá 1,2 bilhões de pessoas idosas, e o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos.<sup>9</sup> Segundo convenções sociodemográficas, os idosos são indivíduos com 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento, e de mais de 65, nos países desenvolvidos.<sup>2</sup> Alguns estudiosos se referem a três grupos de idosos: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais idosos.<sup>10</sup> O termo idoso jovem refere-se aos indivíduos com 65 a 74 anos de idade, que costumam estar ativos, cheios de vida e vigorosos. Os idosos velhos são constituídos pelas pessoas com idades de 75 a 84 anos e o grupo de idosos mais velhos é formado por indivíduos de 85 anos ou mais, que têm maior tendência a patologias e podem ter dificuldades para desempenhar algumas atividades da vida diária.<sup>10</sup> Embora as classificações citadas anteriormente sejam úteis, as variáveis gênero, renda, estado de saúde, nível educacional, fatores de personalidade, história de vida passada e contexto sócio-histórico-cultural são fundamentais para determinar diferenças entre os idosos dos 60 aos 100 anos de idade ou mais.<sup>2</sup>

Segundo Neri,<sup>2</sup> o envelhecimento é definido como um processo caracterizado por mudanças universais determinadas geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se reflete em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte. O ritmo, a duração e os efeitos do processo de envelhecimento são determinados pelas diferenças individuais, que são dependentes dos aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.<sup>2</sup>

Embora a velhice seja a última fase do ciclo vital, caracterizada por declínios de funções biológicas, da resiliência, da plasticidade e do aumento da dependência dos recursos da cultura, estudos apontam a possibilidade de ganhos evolutivos em domínios selecionados do funcionamento.<sup>11,12,13</sup> Outro estudo aponta que o domínio afetivo pode atuar na compensação de limitações cognitivas resultantes de alterações na velocidade do processamento da informação.<sup>11</sup> Além disso, outras capacidades cuja manutenção e cujo aperfeiçoamento dependem de influências culturais podem conservar-se e especializar-se, ressaltando-se em manifestações nos domínios da profissão, do lazer, das artes ou do manejo das questões existenciais.<sup>12</sup> Da mesma forma, Freire<sup>13</sup> defende a idéia de que as pessoas idosas têm importante capacidade de reserva para o desenvolvimento, que pode ser ativada pela aprendizagem, por exercícios e treinamento. Em condições ambientais favoráveis, um grande

número de idosos continua a adquirir novos conhecimentos teóricos e práticos e manter funções em altos níveis. Essa capacidade de reserva é determinada pela plasticidade individual e pelas diferenças individuais com relação à adaptabilidade.<sup>13</sup>

Segundo estudos de Neri,<sup>12</sup> o envelhecimento deve ser considerado uma experiência heterogênea, que pode ocorrer de forma diferenciada para cada pessoa, sendo dependente do contexto social, cultural, histórico e dos fatores de personalidade, intelectual e da incidência ou não de patologias durante o processo de envelhecimento.<sup>12</sup> Assim, existiriam diferentes tipos de idosos, padrões de envelhecimento e de velhice.<sup>11</sup> Para a mesma autora, ocorrem três realidades distintas de envelhecimento: normal, patológico e bem-sucedido.<sup>11</sup>

A velhice normal é caracterizada como um período em que ocorrem mudanças típicas do envelhecimento humano, que são determinadas pela espécie e não, necessariamente, são patológicas. Nessa fase, podem aparecer doenças crônicas, desde que controladas, de modo que não prejudiquem a qualidade de vida do indivíduo e nem lhe ocasionem impedimentos quanto à funcionalidade física, mental, psicológica e social. Dessa forma, a velhice normal seria uma fase na qual ocorreria mínima interrupção das funções usuais.<sup>11</sup> De forma diferente, a velhice patológica ocorreria quando existissem impedimentos à funcionalidade, que ocasionariam aumento da vulnerabilidade e comprometimento da capacidade de adaptação, resultando em queda de bem-estar subjetivo e perda de independência e de autonomia.<sup>11</sup>

A velhice bem-sucedida é definida pela ausência de doenças físicas e mentais crônicas e de incapacidades funcionais que comprometam o funcionamento em níveis esperados em pessoas adultas numa dada sociedade; pela ausência de fatores de risco e pela manutenção do funcionamento físico e mental e engajamento na vida ativa.<sup>11</sup>

De acordo com Freire,<sup>13</sup> o envelhecimento bem-sucedido é visto como uma competência adaptativa da pessoa, isto é, a habilidade geral para responder com flexibilidade aos desafios resultantes do corpo, da mente e do ambiente, esses desafios podem ser biológicos, mentais, autoconceituais, interpessoais ou socioeconômicos. Essa competência adaptativa seria multidimensional, ou seja, emocional, cognitiva e comportamental. A competência emocional seria definida pelas capacidades do indivíduo para lidar com os fatores estressores. A cognitiva estaria relacionada à capacidade para resolução de problemas, e a comportamental no âmbito do desempenho e da competência social.<sup>13</sup>

O envelhecimento, entendido como competência adaptativa, envolve a preservação e a expansão das reservas para o desenvolvimento pessoal. Assim, estaria relacionado à boa qualidade de toda uma vida, da herança genética e dos fatores socioculturais. Tudo isso resultará na forma como cada indivíduo vai lidar com as perdas e as transformações

decorrentes do processo de envelhecimento, buscando adaptar-se às transformações ocorridas em si e no meio em que está inserido.<sup>13</sup>

Uma velhice bem-sucedida é retratada em idosos que mantêm autonomia, independência e envolvimento ativo com a vida pessoal, com outras pessoas, com o lazer e com a vida social. Ela resulta em produtividade, conservação de papéis sociais adultos, autodescrições de satisfação e de ajustamento. Os idosos com um envelhecimento bem-sucedido são reconhecidos socialmente porque contribuem à sociedade ou ao grupo familiar ou de amigos, sendo vistos como modelos de velhice boa e saudável. Embora seja um número pequeno de pessoas que consigam atingir completamente esse padrão, é possível envelhecer bem.<sup>11</sup>

## **1.2 As Universidades para a Terceira Idade**

Devido às necessidades emergentes da população de idosos no Brasil, surgiram as Universidades da Terceira Idade, que têm como objetivo principal rever os estereótipos e preconceitos associados à velhice, promover a auto-estima e o resgate da cidadania, incentivar a autonomia, a independência, a auto-expressão e a reinserção social em busca de uma velhice bem-sucedida.<sup>14</sup>

Os programas das Universidades da Terceira Idade brasileiras, em sua maioria, caracterizam-se como propostas de educação permanente ou de educação continuada.<sup>15</sup> A educação permanente é concebida como um fato educativo global, sem limites de idade, que surge da necessidade de acompanhar as transformações rápidas que estão acontecendo no mundo, nos aspectos econômico, político, social e cultural. De forma diferente, a educação continuada equivale à educação convencional de adultos, referindo-se ao prolongamento do sistema escolar ao longo de toda a vida, segundo a demanda do indivíduo e da sociedade.<sup>16</sup>

Para Castro,<sup>17</sup> os programas de educação permanente oferecem atividades aos idosos que estimulam o autoconhecimento, a autodireção, a auto-estima e a auto-realização. Geralmente, esses programas são trabalhos realizados numa situação de grupo, nos quais as pessoas idosas podem criar e manter uma dinâmica de relações pessoais significativas, produzindo espaços de aprendizagens. A abordagem gerontológica que alimenta estas experiências é multidisciplinar, e deve ter interesse por pesquisas sobre velhice,



envelhecimento e longevidade, em suas interfaces com várias ciências aplicadas, entre elas a psicologia, a sociologia, a biologia, a geriatria, entre outras.<sup>17</sup>

A educação permanente fundamenta-se no reconhecimento dos valores inerentes aos idosos, dos seus direitos e de suas oportunidades. O papel da educação não é o de divertir ou entreter o idoso, nem de perpetuar ou reproduzir papéis desempenhados em outros momentos da vida, mas sim servir de meio para que a pessoa, independentemente da idade cronológica, consiga manter seus níveis normais de funcionamento e de desenvolvimento.<sup>18</sup>

Segundo estudos, os principais motivos que levam os idosos a procurarem as Universidades da Terceira Idade são a busca por conhecimentos, atualização cultural, autoconhecimento, autodesenvolvimento, contato social, ocupação do tempo livre e em virtude do desejo de saber mais para poder ajudar outras pessoas na defesa de seus direitos.<sup>19,20,21</sup> Além disso, um outro estudo mostrou que a solidão é uma das razões para a procura pela Universidade, pois ela oferece aos seus participantes a oportunidade de ampliação do círculo de amizades com um grupo específico de pessoas.<sup>22</sup>

A Universidade para a Terceira Idade da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UNITI/UFRGS) é um exemplo bem-sucedido de programa de educação permanente voltado exclusivamente ao público idoso. A UNITI é um projeto de extensão, de ensino e de pesquisa que funciona junto ao Instituto de Psicologia da UFRGS. Esse programa iniciou suas atividades no primeiro semestre de 1991, estando, atualmente, no seu 16º ano de funcionamento. O grupo da UNITI é composto, semestralmente, em média, por 150 pessoas da comunidade com sessenta anos ou mais, em sua grande maioria, mulheres idosas.

O objetivo principal da UNITI é potencializar os recursos humanos constituídos pela faixa etária dos sessenta anos ou mais, viabilizando mudanças sociais que permitam ao idoso o direito de participar de acordo com seus próprios recursos. A dinâmica de trabalho apóia-se na própria capacidade dos participantes idosos nas suas necessidades específicas, dentro de uma filosofia que privilegia a autodescoberta. O Projeto UNITI vem proporcionando aos idosos uma revisão no processo de socialização, permitindo e oferecendo experiências de aprendizagens sobre o ritmo e a seqüência das mudanças evolutivas do curso de vida.<sup>17</sup>

Uma característica marcante das Universidades para a Terceira Idade é a predominância de mulheres, que representa a maioria da população total.<sup>17,23,24</sup> Segundo estudo de Debert,<sup>24</sup> esse fato pode estar relacionado às diferenças como homens e mulheres representam o que é a velhice e percebem as mudanças ocorridas no envelhecimento: as mulheres com interesse mais cultural, e os homens com interesses mais políticos e esportivos

### 1.3 Feminização da Velhice

Em média, as mulheres vivem cerca de cinco a seis anos a mais do que os homens.<sup>25</sup> A vida mais longa das mulheres é atribuída a vários fatores: sua maior tendência ao autocuidado, como buscar assistência médica, o maior nível de apoio social que as mulheres desfrutam e a menor vulnerabilidade biológica durante toda a vida. As mulheres idosas tendem a ter problemas de saúde de longa duração, crônicos e incapacitantes; enquanto os homens idosos tendem a desenvolver doenças fatais de curta duração.<sup>10</sup>

A diferença de gênero na expectativa de vida reflete-se no maior número de mulheres por homens em grupos etários mais velhos. Como resultado, na Europa, em 2002, havia 678 homens para cada 1.000 mulheres com 60 anos ou mais. Nas regiões menos desenvolvidas, havia 879 homens para cada 1.000 mulheres idosas. No Brasil, as mulheres representam cerca de dois terços da população com mais de 75 anos.<sup>9</sup>

As idosas têm maior probabilidade de serem viúvas do que os homens e de não se casarem novamente após a viuvez. Isso ocorre em virtude da tendência dos homens contraírem núpcias com mulheres mais jovens e celebrarem novo matrimônio com essas mulheres se as esposas falecerem. Assim, o número de viúvas é significativamente maior do que o de homens em todos os países do mundo.<sup>9</sup> No Brasil, verifica-se uma proporção de quase cinco mulheres viúvas para cada homem viúvo.<sup>26</sup> As mulheres idosas também têm maior probabilidade de serem mais pobres. A principal razão para o empobrecimento é a morte do marido e a conseqüente perda do suporte financeiro.<sup>10</sup> Além disto, muitas idosas possuem pouca ou nenhuma renda devido aos anos de trabalho não remunerado.<sup>9</sup>

### 1.4 Personalidade e Envelhecimento

O termo personalidade não apresenta uma definição única, variando de acordo com a teoria de personalidade empregada. Segundo a teoria de Murray,<sup>1</sup> a personalidade refere-se a uma série de eventos que abrangem toda a vida do indivíduo, refletindo elementos duradouros e recorrentes do comportamento, bem como elementos novos e únicos, sendo, portanto, o agente organizador ou governador do indivíduo.<sup>1</sup> Kaplan, Sadock e Grebb<sup>27</sup> definem a personalidade como a totalidade de traços emocionais e comportamentais que caracterizam o

indivíduo nas situações de vida do dia-a-dia, sob condições normais, sendo relativamente estável e previsível. Segundo Hilgard, Atkinson e Atkinson,<sup>28</sup> a personalidade é composta por características individuais de comportamento que são responsáveis pelo ajustamento do indivíduo ao ambiente.

Existem inúmeras teorias que tentam explicar o desenvolvimento da personalidade na velhice. As primeiras pesquisas sugeriram que a personalidade se tornava mais rígida com o envelhecimento e que se desenvolvia muito pouco na velhice.<sup>29,30</sup> Para Neugarten<sup>31</sup> as pessoas se tornavam mais introvertidas à medida que envelheciam.

Estudos surgidos a partir da década de 70 sugerem o contrário, que ocorreria uma estabilidade dos traços de personalidade ao longo da vida adulta e da velhice.<sup>32,33,34,35</sup> De acordo com esses estudos, a personalidade não se tornaria mais rígida, mas permaneceria da mesma forma que sempre fora desde a vida adulta.

Alguns autores defendem a idéia de que diferenças entre coortes refletem na personalidade de idosos.<sup>36,37</sup> O estudo de Schaie e Willis<sup>36</sup> revelou que as pessoas de coortes mais recentes apresentam maior flexibilidade, isto é, menor rigidez que as de coortes anteriores. Tais diferenças, provavelmente, estão associadas à influência de fatores sócio-histórico-culturais nas gerações mais antigas. Um outro estudo mostrou que as diferenças de personalidade entre jovens, adultos e idosos são causadas por diversidades entre as gerações (coortes) e não por distinções de idade.<sup>37</sup>

Teorias atuais de personalidade indicam que, apesar da aparente estabilidade da personalidade na idade adulta, existe considerável potencial para mudança.<sup>38,39,40,41,42</sup> Um estudo<sup>39</sup> constatou que os traços de personalidade são modificáveis na velhice, principalmente porque nessa fase de vida as pessoas têm maior probabilidade de serem confrontadas com eventos de vida que requerem adaptação. Embora muitas pessoas possam manter a personalidade estável sob circunstâncias de vida normais, especula-se que diante de situações mais complexas a personalidade mudaria para se adaptar às mudanças da vida.<sup>39</sup> De forma diferente, um outro estudo demonstrou que, na velhice, eventos associados à idade podem desencadear mudanças ou manter a estabilidade de características de personalidade.<sup>41</sup> Segundo este estudo,<sup>41</sup> com o avançar da idade, há um aumento em características como responsabilidade, autocontrole, confiabilidade, agradabilidade, orientação à norma, emocionalidade positiva e um decréscimo em neuroticismo, extroversão e abertura à experiência. Os mesmos autores também encontraram que padrões de mudança de personalidade são específicos ao gênero, refletindo papéis e adaptações que são particulares

do sexo masculino e do sexo feminino. Além disso, sugeriram que mudanças culturais poderiam influenciar o desenvolvimento da personalidade.<sup>41</sup>

Estudos sobre gênero e personalidade na velhice são poucos, os dados existentes indicam que traços de personalidade mantêm-se na meia-idade e na velhice, mas as mulheres passam a apresentar traços mais masculinos, e os homens traços mais femininos com o passar do tempo. As mulheres tendem a exibir uma maior estabilidade do que os homens no exercício de papéis sociais relacionados à vida familiar. Os idosos, em geral, podem apresentar menores índices de excitabilidade e de ativação geral. As idosas são mais expressivas e envolvidas socialmente do que os homens. Também, tendem a sofrer mais de isolamento e de solidão e a ter uma auto-imagem mais negativa do que os homens idosos.<sup>43</sup>

### **1.5 Qualidade de Vida em Idosos**

Para o grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (Grupo WHOQOL), qualidade de vida é definida como a percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida no contexto de sua cultura e de acordo com os sistemas de valores da sociedade em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.<sup>44</sup>

O conceito “qualidade de vida na velhice” é difícil de ser operacionalizado, pois possui múltiplas dimensões e é um conceito multideterminado, resultante da atuação de muitos eventos concorrentes. Também se refere à adaptação de indivíduos e grupos de pessoas em diferentes épocas da vida de uma ou várias sociedades. As dificuldades para definir qualidade de vida na velhice resultam, principalmente, no fato de ser, a velhice e a qualidade de vida, eventos dependentes do tempo.<sup>45</sup>

Conforme Lawton,<sup>46</sup> qualidade de vida na velhice é uma avaliação multidimensional, realizada a partir de critérios intrapessoais e sócio-normativos, a respeito do sistema pessoa-ambiente de um indivíduo, no momento atual, no passado e no futuro. Para ele, a qualidade de vida na velhice é dependente de muitos elementos que estão inter-relacionados, sendo o produto de uma história interacional, isto é, vai se delineando à medida que os indivíduos e sociedades se desenvolvem, envolvendo comparação com critérios objetivos e subjetivos, associados a normas e a valores sociais e individuais, os quais são igualmente sujeitos a alterações no decorrer do tempo. O modelo de Lawton<sup>47</sup> propõe que a avaliação de qualidade

de vida na velhice se dá sobre quatro dimensões sobrepostas e inter-relacionadas: condições ambientais, competência comportamental, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo ou psicológico, das quais depende a funcionalidade do idoso.

O conceito de qualidade de vida na velhice, conforme estudos de Neri,<sup>48</sup> têm associação direta com a existência de condições ambientais que permitem aos idosos desempenhar comportamentos adaptativos, com a qualidade de vida percebida e também com o senso de auto-eficácia. A avaliação subjetiva que cada indivíduo faz sobre seu funcionamento é o conteúdo primário da qualidade de vida percebida. Já a auto-eficácia é um importante precursor do comportamento em todas as idades, uma vez que significa a crença aprendida do indivíduo a respeito de que dispõe dos recursos necessários para obter os resultados que almeja.

O estudo de Trentini<sup>49</sup> demonstrou que, para definir qualidade de vida na velhice, é preciso lembrar que existem diversas maneiras de ser velho e diferentes padrões de envelhecimento. Com o passar do tempo, acentuam-se algumas perdas biológicas e alteram-se padrões metabólicos, podendo ocorrer mudanças na memória e na cognição, que podem ou não ser agravadas por problemas orgânicos e psicológicos. A presença de doenças, bem como o risco crescente de dependência, são fatores importantes na determinação das perdas e do senso de auto-eficácia.<sup>49</sup>

Uma estreita relação entre qualidade de vida e intensidade de sintomas depressivos têm sido encontrada em diversos estudos.<sup>49,50,51,52</sup> O trabalho de Trentini<sup>49</sup> demonstrou uma estreita relação entre qualidade de vida e intensidade de sintomas depressivos e/ou níveis de desesperança no idoso. Dessa forma, o indivíduo que avalia a sua qualidade de vida como negativa apresenta significativamente mais sintomas depressivos em relação aos que têm esperança.

## **1.6 Depressão em Idosos**

A depressão caracteriza-se como um distúrbio da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional em qualquer faixa etária. É um distúrbio de natureza multifatorial, que envolve inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social. É um estado de humor vivenciado por praticamente todos os indivíduos em algum momento de suas vidas, sendo muitas vezes relatada como tristeza, saudade, angústia, desânimo, entre outros.<sup>53</sup>

Batistoni<sup>54</sup> define a depressão como uma síndrome psiquiátrica cujos principais sintomas são o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Entre idosos, ela se manifesta de forma heterogênea, tanto em relação à sua etiologia quanto aos aspectos relacionados à sua apresentação e ao seu tratamento.

Conforme estudo de Veras,<sup>55</sup> a prevalência de depressão em idosos na cidade do Rio de Janeiro variou de acordo com o grupo social estudado, apresentando uma prevalência de 20,9% no distrito com melhor nível socioeconômico e 36,8% no de pior nível socioeconômico. Para Frank e Rodrigues,<sup>56</sup> os transtornos depressivos entre idosos que vivem na comunidade variam de 4,8 a 14,6%, e a prevalência em idosos hospitalizados ou institucionalizados é maior, atingindo 22,0%. Por outro lado, os estudos que avaliam os sintomas clinicamente relevantes, mas que não preenchem critérios suficientes do CID-10 ou do DSM-IV, utilizando as escalas de sintomas, mostram uma prevalência na comunidade que varia de 6,4 a 59,3%.<sup>56</sup>

Na velhice, conforme estudos, os fatores de risco para depressão são falta ou perda de contatos sociais, história de depressão pregressa, viuvez, eventos de vida estressantes, institucionalização em casas asilares, baixa renda, insatisfação com o suporte social, isolamento social, ansiedade, falta de atividades sociais, nível educacional baixo e uso de medicação antidepressiva.<sup>10,53,57</sup>

Inúmeros estudos têm mostrado uma associação entre estado de saúde física mais precário e início e persistência de depressão.<sup>58,59,60</sup> Para Argimon e Stein,<sup>58</sup> a depressão é um problema de saúde freqüente entre as pessoas de muita idade, embora a identificação seja, muitas vezes, difícil na prática clínica. Num estudo realizado pelas autoras, no município de Veranópolis, no Estado do Rio Grande do Sul, os resultados levaram-nas à hipótese de que as pessoas mais idosas têm uma saúde física mais debilitada do que as outras com menos idade e, por isso, possuem maior risco de apresentarem sintomas depressivos, não em decorrência da idade mais avançada, mas por causa do estado de saúde mais precário.<sup>58</sup>

Na velhice, conforme inúmeros estudos, a personalidade pode atuar como um dos principais fatores desencadeantes de sintomatologia depressiva.<sup>61,62,63,64</sup> Alguns autores<sup>64</sup> defendem a idéia de que um baixo nível de dominância e alto nível de neuroticismo estão relacionados com a depressão em idosos. Assim, a personalidade estaria mais fortemente relacionada ao início da depressão do que os recursos sociais e o estado de saúde.<sup>65</sup> Um outro estudo também aponta alto nível de neuroticismo como um provável fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos.<sup>65</sup>

O impacto dos sintomas depressivos em diversas dimensões da vida nos idosos pode ser responsável pela perda de autonomia e pelo agravamento de quadros patológicos preexistentes. A depressão, freqüentemente, está associada a maior risco de morbidades e de mortalidade, ocasionando o aumento na utilização dos serviços de saúde, à negligência no autocuidado, à adesão reduzida aos tratamentos terapêuticos e ao maior risco de suicídio.<sup>66</sup>

Embora os sintomas depressivos sejam freqüentes entre pessoas de qualquer idade, eles podem ser evitados, ou mesmo minimizados, pelo apoio que o indivíduo recebe através das relações interpessoais.<sup>67</sup> Outros estudiosos<sup>10</sup> defendem a hipótese de que uma forte rede de amigos e de familiares pode ajudar os idosos a evitar ou enfrentar a depressão. Determinados contextos afetivos podem tanto desencadear quanto proteger os indivíduos contra o surgimento de sintomatologia depressiva.<sup>10</sup> De maneira similar, um outro estudo encontrou uma associação entre relações sociais negativas e manifestação de sintomatologia depressiva entre idosos.<sup>68</sup>

Uma associação entre engajamento social e menor prevalência de sintomas depressivos em idosos tem sido encontrada em outros estudos.<sup>69</sup> Assim, a participação social atuaria como um importante modificador da saúde dos idosos, exercendo um papel fundamental na manutenção da saúde mental na velhice e surgindo como um meio de intervenção importante. Murphy<sup>70</sup> sustenta a idéia de que o suporte social tem um papel protetor na presença de um evento desagradável, funcionando como um redutor de impacto de eventos estressantes.

## **1.7 Questões de Pesquisa e Hipóteses de Trabalho**

Os artigos que compõe esta dissertação foram produzidos a fim de responder às questões de pesquisa que foram surgindo a partir da revisão da literatura e do trabalho prático realizado com as idosas da UNITI.

### **Artigo 1 - Aspectos de Personalidade, Qualidade de Vida e Depressão em Idosas**

Questão de pesquisa:

As dimensões de personalidade podem influenciar a qualidade de vida e a intensidade de depressão de idosos. Há relação entre traços de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas da UNITI?

$H_0$  - Não há relação entre traços de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas da UNITI.

$H_1$  - Há relação entre traços de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas da UNITI.

**Artigo 2** - Tempo de participação na Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS) e sua associação com dimensões de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas.

Questão de pesquisa:

A UNITI tem como objetivo principal a valorização do indivíduo idoso, enquanto ser pensante ativo e participante da sociedade. Esse programa busca promover a autonomia, a independência, a auto-expressão e a reinserção social de idosos na conquista de uma velhice bem-sucedida. Qual a relação entre o tempo de participação na UNITI e os aspectos de personalidade, a depressão e a qualidade de vida de idosas?

$H_0$  - Não há relação entre o tempo de participação na UNITI e os aspectos de personalidade, a qualidade de vida e a depressão de idosas.

$H_1$  - Há relação entre o tempo de participação na UNITI e os aspectos de personalidade, qualidade de vida e depressão de idosas.



## 2 ARTIGOS

### **2.1 ARTIGO 1 - Aspectos de Personalidade, Qualidade de Vida e Depressão em Idosas** **Aspects of Personality, Quality of Life and Depression in Elderly Women**

**Autores.** Tatiana Quarti Irigaray, Rodolfo Herberto Schneider

A versão em Inglês deste artigo foi submetida ao *Journal of Aging & Mental Health*.

Assunto: Manuscript Submitted

Data: 8/12/2006 (15:01:19)

From: amh@ucl.ac.uk

To: tatiana.irigaray@superig.com.br

Dear Dr. Irigaray

Thank you for your submission to Aging & Mental Health, which has been allocated ref. no. MO608/06.

Kind regards

Lynn Smith

Editorial Assistant

Aging & Mental Health

### 2.1.1. Versão em Português

**Título:** Aspectos de Personalidade, Qualidade de Vida e Depressão em Idosas

**Autores:** Tatiana Quarti Irigaray<sup>1</sup>, Rodolfo Herberto Schneider<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Brasil.

<sup>2</sup>Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Brasil.

<sup>3</sup> Correspondência para Tatiana Quarti Irigaray, Avenida Senador Salgado Filho, 6429 – CEP 94.450-000 Viamão, RS, Brasil.

E-mail: tatiana.irigaray@superig.com.br

Fone: (51) 3446.3968

#### **Resumo**

Os aspectos de personalidade têm sido apontados como fatores que contribuem para a avaliação de qualidade de vida e desencadeamento de depressão na velhice. O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre fatores de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas. Utilizou-se o método amostral de conveniência. Cento e três idosas foram avaliadas e responderam sobre condições sociodemográficas, aspectos de personalidade (IFP), qualidade de vida (WHOQOL-bref) e depressão (GDS). As idosas foram agrupadas em dois *clusters* com fatores de personalidade distintos: mais voltadas para os outros e mais voltadas para si. Embora ambos os grupos não tenham apresentado escores que preenchessem critérios para depressão, ocorreu uma diferença significativa no escore da GDS entre esses grupos. O

estudo aponta para a existência de uma associação entre dimensões de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas. Contudo, outros estudos são sugeridos.

**Palavras-chave:** Personalidade; Qualidade de vida; Depressão; Idosas.

## **Introdução**

O envelhecimento é um processo vivido por cada indivíduo de maneira diferente, sofrendo influência de fatores históricos, sociais e culturais, da presença ou não de patologias, de fatores socioeconômicos, educacionais e intelectuais e de aspectos de personalidade. O termo personalidade não apresenta uma definição única, variando de acordo com a teoria de personalidade empregada. Segundo a teoria de Murray, a personalidade refere-se a uma série de eventos que abrangem toda a vida do indivíduo, refletindo elementos duradouros e recorrentes do comportamento, bem como elementos novos e únicos, sendo, portanto, o agente organizador ou governador do indivíduo (Hall, Lindzey & Campbell, 2000).

Existem inúmeras teorias que tentam explicar o desenvolvimento da personalidade na velhice. As primeiras pesquisas sugeriram que a personalidade se tornava mais rígida com o envelhecimento e que se desenvolvia muito pouco na velhice (Papalia & Olds, 2000; Tavares, 2005). Para Neugarten, Moore e Lowe (1965), as pessoas se tornavam mais introvertidas à medida que envelheciam.

Os estudos que surgiram a partir da década de 70 sugerem o contrário, ocorreria uma estabilidade dos traços de personalidade ao longo da vida adulta e da velhice (Costa, Herbst, McCrae & Siegler, 2000; Herbst, McCrae, Costa, Feaganes, & Siegler, 2000; McCrae & Costa 1987; McCrae & Costa, 1994). De acordo com esses estudos, a personalidade não se tornaria mais rígida, mas permaneceria da mesma forma que sempre fora desde a vida adulta.

Alguns autores defendem a idéia de que diferenças entre coortes refletem na personalidade de idosos (Ruth & Coleman, 1996; Schaie & Willis, 1991). Para Schaie e Willis (1991) as pessoas de coortes mais recentes apresentam maior flexibilidade, isto é, menor rigidez que as de coortes anteriores. Tais diferenças, provavelmente, estão associadas à influência de fatores sócio-histórico-culturais nas gerações mais antigas. Segundo Ruth e Coleman (1996), as diferenças de personalidade entre jovens, adultos e idosos são causadas por diversidades entre as gerações (coortes) e não por distinções de idade.

Teorias atuais de personalidade indicam que, apesar da aparente estabilidade da personalidade na idade adulta, existe considerável potencial para mudança (Field & Millsap, 1991; Helson, Jones & Kwan, 2002; Labouvie-Vief, Diehl, Tarnowski & Shen, 2000; Maiden, Peterson, Caya & Hayslip, 2003; McAdams, 1995). O estudo de Maiden et al. (2003) constatou que os traços de personalidade são modificáveis na velhice, principalmente porque nessa fase de vida as pessoas têm maior probabilidade de serem confrontadas com eventos de vida que requerem adaptação. Embora muitos indivíduos possam manter a personalidade estável, sob circunstâncias de vida normais, especula-se que diante de situações mais complexas a personalidade mudaria para se adaptar às mudanças da vida. De forma diferente, o estudo de Labouvie-Vief et al. (2000) demonstrou que, na velhice, eventos associados à idade podem desencadear mudanças ou manter a estabilidade de características de personalidade. Com o avanço da idade, haveria um aumento em características como responsabilidade, autocontrole, confiabilidade, agradabilidade, orientação à norma, emocionalidade positiva e um decréscimo em neuroticismo, extroversão e abertura à experiência. Os mesmos autores também encontraram que padrões de mudança de personalidade são específicos ao gênero, refletindo papéis e adaptações que são particulares do sexo masculino e do feminino. Além disso, sugeriram que mudanças culturais poderiam influenciar o desenvolvimento da personalidade.

Estudos sobre gênero e personalidade na velhice são poucos, os dados existentes indicam que traços de personalidade mantêm-se na meia-idade e na velhice, mas as mulheres passam a apresentar traços mais masculinos, e os homens traços mais femininos com o passar do tempo. As mulheres tendem a exibir uma maior estabilidade do que os homens no exercício de papéis sociais relacionados à vida familiar. Os idosos, em geral, podem apresentar menores índices de excitabilidade e de ativação geral. As idosas são mais expressivas e envolvidas socialmente do que os homens. Elas, também, tendem a sofrer mais de isolamento e de solidão e a ter uma auto-imagem mais negativa do que os homens idosos (Schaie & Willis, 1996).

Conforme algumas pesquisas, as dimensões de personalidade podem estar relacionadas aos índices de resiliência e bem-estar subjetivo (Ryff, 1991; Staudinger, Marsiske & Baltes, 1993), bem como ao desencadeamento de sintomatologia depressiva (Costa et al., 2000; Costa, McCrae & Zonderman, 1987; Diener & Diener, 1996; Martin, Valora & Poon, 2002; Small, Herzog, Hultsch & Dixon, 2003; Steunenberg, Beekman, Deeg & Kerkhof, 2006; Watson & Walker, 1996). O bem-estar das pessoas tem sido considerado por alguns autores como sinônimo de qualidade de vida (Kahn & Juster, 2002). Para o grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (The WHOQOL group, 1998), o conceito de qualidade de vida é definido como a percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, no contexto de sua cultura e de acordo com os sistemas de valores da sociedade em que vive e também em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. De acordo com Trentini (2004), a percepção positiva de saúde e a independência entre idosos têm sido apontadas como fatores que contribuem para a avaliação individual de qualidade de vida.

Segundo Neri (2000), o conceito de qualidade de vida na velhice é difícil de ser definido, pois possui múltiplas dimensões e é uma definição multideterminada, resultante da atuação de muitos eventos concorrentes. Também se refere à adaptação de indivíduos e grupos de

peessoas em diferentes épocas da vida de uma ou várias sociedades. As dificuldades para definir qualidade de vida na velhice resultam principalmente no fato de ser a velhice e a qualidade de vida eventos dependentes do tempo.

Conforme Lawton (1991), qualidade de vida na velhice é uma avaliação multidimensional, realizada a partir de critérios intrapessoais e sócio-normativos, a respeito do sistema pessoa-ambiente de um indivíduo, no momento atual, no passado e no futuro. Para ele, a qualidade de vida na velhice é dependente de muitos elementos que estão inter-relacionados, sendo o produto de uma história interacional, isto é, vai se delineando à medida que os indivíduos e sociedades se desenvolvem e também envolve comparação com critérios objetivos e subjetivos, associados a normas e a valores sociais e individuais, os quais são igualmente sujeitos a alterações no decorrer do tempo.

O modelo de Lawton (1983) propõe que a avaliação de qualidade de vida na velhice ocorre sobre quatro dimensões sobrepostas e inter-relacionadas: condições ambientais, competência comportamental, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo ou psicológico, das quais depende a funcionalidade do idoso.

A qualidade de vida na velhice tem associação direta com a existência de condições ambientais que permitem aos idosos desempenhar comportamentos adaptativos, com a qualidade de vida percebida e também com o senso de auto-eficácia. A avaliação subjetiva que cada indivíduo faz sobre seu funcionamento é o conteúdo primário da qualidade de vida percebida. Já a auto-eficácia é um importante precursor do comportamento em todas as idades, uma vez que significa a crença aprendida do indivíduo a respeito de que dispõe dos recursos necessários para obter os resultados que almeja (Neri, 2003).

Uma estreita relação entre qualidade de vida e intensidade de sintomas depressivos e/ou níveis de desesperança no idoso foi encontrada no estudo de Trentini (2004). Para a autora, o indivíduo que avalia a sua qualidade de vida como negativa apresenta significativamente mais

sintomas depressivos em relação aos que têm esperança, que, segundo alguns estudos, apresentam melhores condições de saúde (Carpenito 1995; Farran, Herth & Popovich, 1995; Miller, 1985). Outros estudos também encontraram associação entre má qualidade de vida e depressão (Herman et al., 2002; Kuehner, 2002; Xavier et al., 2002).

Na velhice, conforme inúmeros autores, a personalidade atua como um dos principais fatores desencadeantes de sintomatologia depressiva (Martin et al., 2002; Small et al., 2003; Steunenbergh et al., 2006; Watson & Walker, 1996). Steunenbergh et al. (2006) defendem a idéia de que baixo nível de dominância e alto nível de reuoticismo estão relacionados à depressão em idosos. Para eles, a personalidade está mais fortemente relacionada ao início da depressão do que recursos sociais e o estado de saúde. Um outro estudo também aponta alto nível de neuroticismo como um provável fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos (Enns & Cox, 1997).

Outros fatores que podem estar envolvidos no desencadeamento de sintomas depressivos são a falta ou perda de contatos sociais, história de depressão pregressa, viuvez, eventos de vida estressantes, institucionalização em casas asilares, baixa renda, insatisfação com o suporte social, isolamento social, ansiedade, falta de atividades sociais, nível educacional baixo e uso de medicação antidepressiva (Djernes, 2006). Além disso, a perda de pessoas próximas, como cônjuge, filhos ou amigos e as mudanças nos papéis sociais podem atuar como fatores desencadeantes de sintomas depressivos (Papalia & Olds, 2000). Diversos trabalhos têm mostrado uma associação entre estado de saúde física mais precário e início e persistência de depressão (Argimon & Stein, 2005; Geerlings, Beekman, Deeg & Vantilburg, 2000; Beekman et al., 1997).

O impacto dos sintomas depressivos em diversas dimensões da vida de idosos pode ser responsável pela perda de autonomia e pelo agravamento de quadros patológicos preexistentes. A depressão, freqüentemente, está associada a maior risco de morbidades e de



mortalidade, ocasionando o aumento na utilização dos serviços de saúde, à negligência no autocuidado, à adesão reduzida aos tratamentos terapêuticos e maior risco de suicídio (Katona et al., 1997).

Embora os sintomas depressivos sejam freqüentes entre pessoas de qualquer idade, eles podem ser minimizados por meio do apoio que o indivíduo recebe e também por meio das relações interpessoais (Jefferson & Greist, 1999). Papalia, Olds e Feldman (2006) reforçam a hipótese de que uma forte rede de amigos e de familiares pode ajudar os idosos a evitar ou enfrentar a depressão. Determinados contextos afetivos podem tanto desencadear quanto proteger os indivíduos contra o surgimento de sintomatologia depressiva. O risco de depressão é aumentado na ausência de relacionamentos afetivos, de amizades e de vínculos de confiança com o cônjuge, parceiro ou amigo. De maneira similar, o estudo de Antonucci, Lansford e Akiyama (2002) encontrou uma associação entre relações sociais negativas e manifestação de sintomatologia depressiva entre idosos.

De acordo com Glass, Leon, Bassuk e Berkman (2006), existe uma associação entre engajamento social e menor prevalência de sintomas depressivos em idosos. A participação social atua como um importante modificador da saúde dos idosos, exercendo um papel fundamental na manutenção da saúde mental na velhice e surgindo como um meio de intervenção importante. Para Murphy (1982), o suporte social tem um papel protetor na presença de um evento desagradável, funcionando como um redutor de impacto de eventos estressantes.

O presente artigo teve por objetivo investigar a relação entre fatores de personalidade, qualidade de vida e depressão em mulheres idosas da Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS). Também, buscou avaliar dimensões gerais de personalidade, intensidade e prevalência de sintomatologia depressiva e aspectos de qualidade de vida na amostra estudada.

## **Métodos**

### *Participantes*

A amostra foi composta por 103 idosas, de um total de 155 participantes da Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS), sendo 153 mulheres e dois homens. As idosas tinham idade entre 60 e 86 anos e escolaridade mínima de sete anos de estudo, ou seja, 7ª série do Ensino Fundamental II. O processo de amostragem foi o de conveniência. Todas as 153 integrantes da UNITI foram convidadas a participar do estudo, mas apenas 109 consentiram em fazê-lo. Foram excluídas seis pessoas da amostra por apresentarem idade inferior a 60 anos.

A UNITI é um Projeto de Extensão, Ensino e Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no Brasil. Esse projeto iniciou suas atividades no primeiro semestre de 1991, estando, atualmente, no seu 16º ano de funcionamento. Seu trabalho fundamenta-se nos princípios da Educação Permanente, tendo como objetivo principal potencializar os recursos humanos constituídos pela faixa etária dos sessenta anos ou mais. O grupo da UNITI é composto, em sua grande maioria, por mulheres idosas, apresentando em média 150 participantes por semestre.

### *Instrumentos*

Os instrumentos utilizados foram os seguintes:

#### 1. Ficha de dados sociodemográficos

A ficha de dados sociodemográficos incluiu as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda, situação de moradia, ano de aposentadoria, ocupação, ano de ingresso na UNITI, número de filhos, netos e bisnetos, atividade física realizada, percepção de saúde e uso de medicação.

#### 2. Avaliação de Fatores de Personalidade

Inventário Fatorial de Personalidade – IFP (Pasquali, Azevedo & Ghesti, 1997)

É um inventário da personalidade objetivo, que avalia 15 necessidades ou motivos psicológicos (assistência, dominância, ordem, denegação, intracepção, desempenho, exibição, homossexualidade, afago, mudança, persistência, agressão, deferência, autonomia e afiliação).

O IFP é composto por 155 itens, que constituem afirmações, às quais o indivíduo deve respondê-las, utilizando alternativas de uma escala do tipo Likert, composta de sete pontos. Os pontos da escala correspondem progressivamente de 1 (nada característico) até 7 (totalmente característico). Foi utilizada a versão do instrumento em português.

### 3. Percepção de Qualidade de Vida

WHOQOL – bref (Fleck et al., 1999)

É uma versão abreviada do instrumento WHOQOL-100, que foi desenvolvido pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde. Este questionário baseia-se no pressuposto de que qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas. Avalia quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente), incluindo questões de avaliação global de qualidade de vida. Essas últimas geram um escore global (chamado qualidade de vida geral), que também será incluído na análise dos resultados. Esse questionário é composto por 26 questões e foi utilizada a versão do instrumento em português (Fleck et al., 1999).

### 4. Intensidade de Sintomas Depressivos

Escala de Depressão Geriátrica – GDS-15 (Sheikh & Yesavage, 1986)

A GDS é uma medida utilizada para o rastreamento de depressão em idosos; essa escala é um dos instrumentos mais utilizados freqüentemente para este fim. A versão curta é composta por 15 perguntas em relação à escala original apresentando 30 perguntas e respostas

classificadas em sim ou não. O escore total da GDS, versão curta, é feito a partir do somatório das respostas assinaladas pelos examinandos nos 15 itens. O menor escore possível é zero, e o maior é 15. Foi utilizada a versão do instrumento em português.

## **Procedimentos**

### *Procedimentos para coleta dos dados*

Foram realizados contatos com a Universidade para a Terceira Idade, procedendo-se, assim a inclusão das participantes na amostra. Todas as idosas preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, a partir daí, foram convidadas a responder acerca de informações sociodemográficas, fatores de personalidade (Pasquali, Azevedo & Ghesti, 1997), aspectos de qualidade de vida (Fleck et al., 1999) e sintomatologia de depressão (Sheikh & Yesavage, 1986).

Tanto a ficha de dados sociodemográficos, quanto o IFP, o WHOQOL-bref e a GDS são de caráter auto-administrável, contudo, um auxiliar de pesquisa (estudante de Psicologia) sempre esteve à disposição das idosas para qualquer esclarecimento. As aplicações dos instrumentos foram feitas em grupos de até 15 participantes.

O projeto foi devidamente examinado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil (nº 06/0309).

### *Procedimentos para análise dos dados*

A descrição das variáveis foi realizada por meio das frequências absolutas e relativas, bem como média e desvio padrão.

As associações entre os fatores de personalidade do IFP, a variável depressão (GDS), os domínios de qualidade de vida e QV geral (WHOQOL-bref) foram medidas pelo coeficiente de Correlação de *Pearson* e de *Spearman*.

O Teste-t de Student foi utilizado para a comparação realizada entre as variáveis

depressão (GDS) e os domínios de qualidade de vida e QV geral (WHOQOL-bref) e os *clusters* do IFP.

Foram consideradas significativas as associações com valores de  $p \leq 0,05$ .

Para análise dos dados, foi utilizado o programa SPSS para ambiente Windows, versão 13.0.

## Resultados

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas da amostra em estudo. Conforme pode ser observado, a amostra contou com 103 mulheres idosas na faixa etária entre 60-86 anos, idade média de 69,2 (DP= 6,46). O estado civil mais freqüente entre elas foi o de viúva (44,7%); a escolaridade mais prevalente foi o ensino superior (40,8%), e a renda mais presente foi de 6 a 10 salários mínimos (38,8%). Quanto à situação de moradia, predominou a moradia com a família (52,4%), a profissão de professora foi a ocupação anterior mais freqüente (28,1%) e a aposentadoria a ocupação atual prevalente (73,8%). A percepção de saúde predominante foi a de saudável (81,6%), o uso de medicação (89,3%) e a realização de atividade física (74,8%) também foram bastante citados entre as idosas. A maior parte delas (84,4%) participa da UNITI há mais de um ano.

Na Tabela 2, são apresentadas as médias e os desvios-padrão dos fatores do IFP, dos domínios de qualidade de vida (WHOQOL-bref) e da GDS.

Na Tabela 3, estão representadas as correlações encontradas entre os fatores do IFP e os domínios de qualidade de vida (WHOQOL-bref) e a variável depressão (GDS). Por meio do Coeficiente de Correlação de *Pearson* obteve-se uma correlação negativa e fraca, porém significativa entre o fator afago do IFP e o domínio físico ( $p < 0,05$ ) (WHOQOL-bref). Foram encontradas correlações fracas, porém significativas, entre os fatores afiliação, persistência e

mudança do IFP e o domínio psicológico (WHOQOL-bref). Para o domínio relacionamentos sociais (WHOQOL-bref) e os fatores do IFP foi obtida uma única correlação significativa positiva, embora fraca ( $p < 0,05$ ), com o fator mudança. Para o domínio meio ambiente (WHOQOL-bref) foram encontradas correlações significativas positivas, apesar de fracas, entre os fatores ordem e persistência. Na mesma Tabela 3, também são apresentadas as correlações obtidas pelo Coeficiente de Correlação de *Spearman*. Foram obtidas correlações significativas, apesar de fracas entre os fatores afago e agressão do IFP e a variável depressão (GDS) e uma correlação negativa significativa, embora fraca, entre o fator persistência do IFP e a variável depressão (GDS).

No intuito de melhor explorar os aspectos de personalidade foi realizada uma análise de *clusters* (Tabela 4). Os *clusters* foram usados para maximizar as diferenças entre os casos em diferentes agrupamentos. Conforme pode ser verificado, na figura 1, o *cluster* 1 é formado por pessoas mais voltadas para o cuidado dos outros, interessadas no outro, mais deferentes, organizadas, persistentes e interativas. Já o *cluster* 2 é composto por pessoas mais voltadas para si próprias, menos interativas e pouco dominantes.

Na Tabela 5, estão apresentados os resultados da comparação entre os domínios de qualidade de vida (WHOQOL-bref), a variável depressão (GDS) e os *clusters* do IFP. Por meio do Teste-t de *Student*, foi possível verificar uma diferença significativa ( $p \leq 0,01$ ) para a variável depressão (GDS) nos *clusters* 1 e 2. Conforme essa comparação, as pessoas agrupadas no *cluster* 1 apresentam mais sintomas de depressão em relação àquelas do *cluster* 2. Para os domínios de qualidade de vida avaliados não foram encontradas diferenças significativas entre os *clusters*, porém houve uma tendência à significância no domínio físico, em que a média do *cluster* 2 foi mais alta.

## Discussão

O grupo de idosas investigadas apresentou, de modo geral, características medianas para todos os fatores de personalidade, tendo como dimensões mais referidas a alta deferência e baixa agressão. Deferência no sentido de serem pessoas caracterizadas pelo respeito, admiração e reverência, que gostam de admirar e dar suporte a um indivíduo que consideram como superior gostando de elogiá-lo e honrá-lo, bem como imitá-lo e obedecê-lo. Já a agressão não é uma característica marcante desse grupo de idosas, pois elas não são caracterizadas pela raiva, irritação e ódio e nem possuem o desejo de superar com vigor a oposição. A luta, a briga, a oposição, a censura e o ataque aos outros não caracterizam o grupo avaliado. Uma possível explicação para este achado seria o fato de que as idosas desta amostra fazem parte de uma coorte que foram educadas essencialmente para desempenhar papéis femininos tradicionais, tais como os de donas-de-casa, mãe e esposa.

Bassanezi (1997) observou que o instinto materno, a pureza, a resignação e a doçura caracterizavam as mulheres dos Anos Dourados, e que estas são as idosas de hoje. O marido e os filhos deveriam ser o centro de suas preocupações, sua felicidade vinha como consequência de um marido satisfeito. Neri (2001) descreve as mulheres como menos agressivas, mais solidárias, mais sugestionáveis, mais envolvidas e mais relacionadas socialmente do que os homens em todas as idades. Assim, o fato de pertencer ao sexo feminino e ser idosa leva as mulheres ao mundo das relações da interdependência. Outro aspecto que também pode ter contribuído para a alta deferência e baixa agressão nessa amostra é o funcionamento do sistema educacional, que, segundo Both (2006), não prepara para o desenvolvimento tardio na velhice, constituindo pessoas que chegam à meia idade com uma estrutura fragilizada de recursos internos e, desta forma, o mesmo autor coloca que “a concentração excessiva de identificações sociais, com o trabalho e com a procriação, reduz o potencial humano para o desenvolvimento” (Both, 2006, p.1447).

A presença de depressão não se mostrou como uma característica do grupo estudado, já que a média geral na GDS indicou ausência de sintomatologia depressiva. Outros estudos, à disposição na literatura, corroboram com tais achados, defendendo a hipótese de associação entre melhoras em diferentes áreas e participação em uma Universidade para a Terceira Idade (Cachioni, 1998; Erbolato, 1996; Loures & Gomes, 2006; Silva, 1999).

O estudo de Loures e Gomes (2006) encontrou uma associação entre menor intensidade de depressão e participação na Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI/UCG), relacionando esta melhora à frequência ao curso, que, provavelmente, fez com que os idosos se sentissem menos abandonados, com menos solidão e menos desprezados, pelo convívio entre eles próprios, com seus colegas e também com seus professores.

Outros estudos reforçam a hipótese de associação direta entre melhoras nas áreas pessoal, intelectual, afetiva e social e participação em Universidades para a Terceira Idade (Cachioni, 1998; Erbolato, 1996; Silva, 1999). Na pesquisa de Cachioni (1998), a participação das alunas na Universidade da Terceira Idade São Francisco levou-as a se sentirem mais valorizadas socialmente e mais respeitadas. Além disso, as participantes obtiveram ganhos educacionais, que se refletiram em maior autoconfiança e auto-eficácia nas áreas cognitiva e de produtividade. De modo similar, Erbolato (1996) realizou um estudo na Universidade da Terceira Idade da PUC-Campinas e constatou que a participação no programa trouxe benefícios nas áreas pessoal, intelectual e social. Também foram verificadas mudanças positivas em suas concepções de envelhecimento, nos cuidados com a saúde, na rotina de vida, no enfrentamento de problemas, no relacionamento com os amigos e na autopercepção. Silva (1999), da mesma maneira, defende que frequentar a universidade acarreta um aumento do senso de poder das idosas. Em contraposição, o estudo de Leite, Carvalho, Barreto e Falcão (2006), realizado na Universidade Aberta à Terceira Idade, da Universidade Federal de Pernambuco (UNATI/UFPE), encontrou um percentual importante de depressão (24,02%) nos



idosos que participam do grupo, cuja maioria foi classificada como depressão menor. Os casos de depressão apresentaram relevante relação com as variáveis preocupação, dor de cabeça, pouca disposição, irritação, tristeza e insatisfação.

No presente estudo, uma possível explicação para o achado de ausência de sintomatologia depressiva na amostra estudada poderia estar relacionada com o trabalho realizado na Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS) que tem como objetivo principal a valorização do indivíduo idoso, enquanto ser pensante ativo e participante da sociedade. Segundo Castro (1998), na UNITI, o grupo de idosos busca e decide sobre as motivações da própria vida, repensa e reformula a própria história, liberando e usando, produtivamente, os recursos de sua personalidade. Dessa forma, o grupo da UNITI atuaria como um possível fator de proteção contra a depressão na velhice. Outra explicação estaria nas características sociodemográficas da amostra estudada. A amostra foi composta, em sua maioria, por idosas com nível de escolaridade elevado. Essa característica poderia explicar o baixo escore total na Escala de Depressão Geriátrica. No estudo de Trentini et al. (2005), a escolaridade foi a variável mais consistentemente associada com a intensidade de depressão. Essa associação ocorre de forma inversa: quanto maior a escolaridade menor a intensidade de sintomas psicológicos ou de somatizações. Assim, a escolaridade exerce um papel protetor para sintomas depressivos ou para sua expressão. Outros estudos também têm demonstrado uma relação entre menor escolaridade e maior número de idosos deprimidos (Cacciatore, 1998; Leite et al., 2006).

Conforme a apresentação anteriormente dos resultados, foi feita uma análise de clusters para explorar mais as diferenças entre aspectos de personalidade no grupo estudado. A partir de uma comparação entre os clusters dos fatores de personalidade (IFP), diferentes domínios de qualidade de vida (WHOQOL-bref) e a variável depressão (GDS), observou-se que as idosas agrupadas no cluster 2, que são mais voltadas para si próprias, menos interativas e

pouco dominantes, apresentaram menos sintomas de depressão em relação àquelas do cluster 1, que são mais voltadas e interessadas no outro, mais deferentes, organizadas, persistentes e interativas. Embora os grupos que compõem o cluster 1 e o cluster 2 tenham diferido quanto à intensidade de sintomatologia depressiva, este resultado não apresenta um impacto clinicamente relevante, pois os dois grupos apresentaram ausência de sintomatologia depressiva. Uma associação entre dimensões de personalidade e depressão tem sido encontrada em diversos estudos (Costa et al., 1987; Costa et al., 2000; Diener & Diener, 1996; Martin et al., 2002; Small et al., 2003; Watson & Walker, 1996). Outros estudos reforçam a hipótese de associação direta entre alto nível de neuroticismo e desenvolvimento de sintomas depressivos (Enns & Cox, 1997; Steunenbergh et al., 2006).

As idosas agrupadas no *cluster 2* (mais voltadas para si próprias, menos interativas e pouco dominantes) apresentaram uma tendência a avaliarem melhor a sua qualidade de vida no domínio físico quando comparadas às do *cluster 1*. Para os domínios de qualidade de vida e os *clusters* dos fatores de personalidade, não foram encontradas diferenças significativas. Uma possível explicação para este resultado talvez seja o fato de que a amostra contou especialmente com idosas não deprimidas. Isto poderia explicar os resultados homogêneos em todos os domínios de qualidade de vida. Diversos estudos têm citado uma associação entre má qualidade de vida e depressão (Herman et al., 2002; Kuehner, 2002; Trentini, 2004; Xavier et al., 2002). De acordo com Trentini (2004), a avaliação dos idosos em relação à sua qualidade de vida está associada à idade, ao sexo, ao estado civil, à classe social e à percepção de saúde, porém está mais fortemente associada a níveis de sintomas depressivos. Assim, o indivíduo que avalia sua qualidade de vida como negativa apresenta significativamente mais sintomas depressivos.

Outra possibilidade de explicação para a referida associação estaria nas características sociodemográficas da amostra estudada. A amostra foi composta por um número elevado de

idosas com boa situação socioeconômica. Essa característica poderia explicar os escores semelhantes em todos os domínios de qualidade de vida. Em concordância com o presente resultado, o estudo de Trentini (2004) encontrou que idosos pertencentes a níveis sociais mais pobres apresentam piores escores de qualidade de vida, tanto na avaliação geral quanto em todos os diferentes domínios. Como descrito por Neri (1993), o recurso financeiro tem um efeito compensatório sobre as perdas da velhice, pois ajuda no acesso à saúde, ao lazer, à sensação de auto-estima e à auto-eficácia, tornando possível a compensação de perdas inevitáveis nessa fase da vida.

Uma terceira possibilidade de explicação é a de que por serem idosas autônomas e independentes, as mesmas se percebem como saudáveis, avaliando a qualidade de vida conforme essa percepção. Na pesquisa realizada por Trentini (2004), a avaliação de qualidade de vida mostrou-se fortemente associada a uma avaliação subjetiva do sujeito, relacionando-se, talvez, ao estado de saúde objetivo ou percebido. Outros estudos ressaltam a importância da autonomia e da funcionalidade para os idosos (Henderson, 2003; Jakobsson, Klevsgard, Westergren, & Hallberg, 2003). Para Pavarini e Neri (2000), a preservação da qualidade de vida é o principal desafio que a longevidade propõe aos idosos devido às ameaças de declínio da autonomia e da independência, ocasionadas por um estado de saúde mais precário e pelo empobrecimento das relações sociais. Uma hipótese a partir do presente estudo seria a de que o exercício da autonomia e da independência no idoso o leva a uma auto-estima mais elevada e, conseqüentemente, a uma percepção de saúde saudável. Deste modo, as variáveis autonomia e independência estariam relacionadas à percepção de qualidade de vida em idosos.

Entre as possíveis limitações deste estudo cabe ressaltar que o mesmo foi conduzido com uma amostra com características relativamente homogêneas, apresentando nível de escolaridade elevado e de boa situação socioeconômica, o que pode não refletir a realidade

dos idosos em geral. Entretanto, conhecer e entender as relações entre aspectos de personalidade, qualidade de vida e depressão pode ter implicações no planejamento e avaliação de serviços de saúde, bem como na implementação de oportunidades educacionais para este grupo populacional.

De um modo geral, as idosas dessa amostra mostraram características medianas para todos os fatores do IFP, tendo como aspectos mais referidos a alta deferência e baixa agressão. As participantes desse estudo não apresentaram como característica a presença de depressão. Provavelmente, o grupo da UNTI exerça um papel importante na conquista e manutenção de um envelhecimento bem sucedido, bem como no desencadeamento de sintomatologia depressiva. Outros estudos são sugeridos a fim de elucidar tais achados.

Estudos na literatura ainda são incipientes sobre aspectos de personalidade em idosos e sua relação com outras variáveis. Desta forma, outros estudos são sugeridos a fim de explorar a influência dos aspectos de personalidade sobre a qualidade de vida e depressão em idosos, bem como variáveis de impacto e interferência nesta associação.

## Referências

- Antonucci, T. C., Lansford, J. E., & Akiyama, H. (2002). Differences between men and women in social relations, resource deficits, and depressive symptomatology during later life in four nations. *Journal of Social Issues, 58*, 767-783.
- Argimon, I. L., & Stein, L. M. (2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: Um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública, 21*, 64-72.
- Bassanezi, C. (1997). Mulheres dos anos dourados. In M. Del Priore (Ed.). *História das mulheres no Brasil* (pp. 607-639). São Paulo, SP: Contexto.
- Beekman, A. T. F., Pennin, B. W. J. H., Deeg, D. J. H., Ormel, J., Braam, A.W., & Tilburg, W. (1997). Depression and physical health in later life: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). *Journal of Affective Disorders, 46*, 216-231.
- Both, A. (2006). Longevidade e educação: Fundamentos e práticas. In E. V. de Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp.1446-1456). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Cacciatore, F. (1998). Morbidity patterns in aged population in Southern Italy: A survey sampling. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 26*, 201-13.
- Cachioni, M. (1998). *Envelhecimento bem-sucedido e a participação numa universidade para a terceira idade: A experiência dos alunos da Universidade São Francisco*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Carpenito, L. J. (1995). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. New York: Lippincott.
- Castro, O. P. (1998). O processo grupal, a subjetividade e a resignificação da velhice. In O. P. Castro (Ed.), *Velhice que idade é esta? Uma construção psicossocial do envelhecimento* (pp. 35-55). Porto Alegre, RS: Síntese.

- Costa, P. T., Herbst, J. H., McCrae, R. R., & Siegler, I. C. (2000). Personality at midlife: stability, intrinsic maturation and response to life events. *Assessment*, 7, 365-78.
- Costa, P. T., McCrae R. R., & Zonderman, A. B. (1987). Environmental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of American national sample. *British Journal of Psychology*, 78, 299-306.
- Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185.
- Djernes, J. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 372-87.
- Enns, M. W. & Cox, B. J. (1997). Personality dimensions and depression: Review and commentary. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 274-84.
- Erbolato, R. M. P. L. (1996). *Universidade da terceira idade: Avaliação e perspectivas de alunos e ex-alunos*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Farran, C. J., Herth, K. A., & Popovich, J. M. (1995). *Hope and hopelessness: Critical clinical constructs*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Field, D., & Millsap, R. E. (1991). Personality in advanced old age: Continuity or change? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, 299-308.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL -100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28.
- Geerlings, S. W., Beekman, A. T., Deeg, D. J. U., & Vantilburg, W. (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: An eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, 30, 369-80.

- Glass, T. A., Leon, C. F. M., Bassuk, S. S., & Berkman, L. F. (2006). Social engagement and depressive symptoms in late life longitudinal findings. *Journal of Aging and Health, 18*, 604-28.
- Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da Personalidade*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul.
- Helson, R., Jones, C. J., & Kwan, V. S. Y. (2002). Personality change over 40 years of adulthood: HLM analyses of two longitudinal samples. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 752-766.
- Henderson, J. P. (2003). The effects of self-efficacy for coping, constructed meaning, and spirituality on the quality of life in men with prostate cancer. *PsycInfo Database Record APA, 63*, 3917-3941.
- Herbst, J. H., McCrae, R.R., Costa Jr., P. T., Feaganes, J. R., & Siegler, I. C. (2000). Self-perceptions of stability and change in personality at midlife: The UNC alumni heart study. *Assessment, 7*, 379-388.
- Herman, H., Patrick, D. L., Diehr, P., Martin, M. L., Fleck, M., Simon, G. E., & Buesching, D. P. (2002, July). Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychological medicine, 32*, 889-902.
- Jakobsson, U., Klevsgard, R., Westergren, A., & Hallberg, I. R. (2003). Old people in pain: A comparative study. *Journal of Pain and Symptom Management, 26*, 625-636.
- Jefferson, J. W., & Greist, J. H. (1999). *Depression and antidepressants: A guide*. Middleton, WI: Dean Foundation for Health.
- Kahn, R. L., & Thomas, J. F. (2002). Well-Being: Concepts and Measures. *Journal of Social Issues, 58*, 627-44.

- Katona, C., Livingston, G., Manela, M., Leek, C., Mullan, E., Orrell, M., D'Ath, P., & Zeitlin, D. (1997). The symptomatology of depression in the elderly. *International Clinical Psychopharmacology, 12*, 19-23.
- Kuehner, C. (2002). Subjective quality of life: Validity issues with depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*, 62-70.
- Labouvie-Vief, G., Diehl, M., Tarnowski, A., & Shen, J. (2000). Age differences in adult personality: Findings from the United States and China. *Journal of Gerontology, 1*, 4-17.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist, 23*, 349-55.
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe, & D. E. Deutchmann (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 3-27). San Diego, CA: Academic Press.
- Leite, V. M. M., Carvalho, E. M. F. C., Barreto, K. M. L., & Falcão, I. V. (2006). Depressão e envelhecimento: Estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 6*, 31-8.
- Loures, M. C., & Gomes, L. (2006). Prevalência da depressão entre os alunos da universidade aberta à terceira idade, Universidade Católica de Goiás no início e no término de seu curso. In: V. P. Faleiros, & A. M. L. Loureiro (Eds.), *Desafios do envelhecimento: Vez, sentido e voz*. (pp. 139-58). Brasília, DF: Universa.
- Maiden, R. J., Peterson, A. S., Caya, M., & Hayslip Jr., B. (2003). Personality Changes in the Old-Old: A Longitudinal Study. *Journal of Adult Development, 10*, 31-39.



- Martin, P., Valora, L. M., & Poon, L. W. (2002). Age change and differences in personality traits and states of the old and very old. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 57*, 144-52.
- McAdams, D. P. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality, 63*, 365-96.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1987). Validation of five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 81-90.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1994). The stability of personality: Observations and evaluations. *Current Directions in Psychological Science, 3*, 173-175.
- Miller, J. F. (1985). Hope doesn't necessarily spring eternal: sometimes it has to be carefully mined and channeled. *American Journal of Nursing, 85*, 23-25.
- Murphy, E. (1982). Social origins of depression in old age. *British Journal of Psychiatry, 141*, 135-142.
- Neri, A. L. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A. L. (2000). Qualidade madura no atendimento domiciliário. In Y. A. O. Duarte, & M. J. D. Diogo (Eds.), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (pp. 33-47). São Paulo, SP: Atheneu.
- Neri, A. L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. In A. L. Neri (Ed.), *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp. 161-200). Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A. L. (2003). Qualidade de vida na velhice. In J. R. Rebelatto, & J. R. S. Morelli (Eds.), *Fisioterapia Geriátrica* (pp. 9-34). São Paulo, SP: Manole.
- Neugarten, B. L., Moore, J. W., & Lowe, J. (1965). Age norms, age constraints, and adult socialization. *American Journal of Sociology, 70*, 710-717.

- Papalia, D. E., & Olds, S.W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Pasquali, L., Azevedo, M. M., & Ghesti, I. (1997). *Inventário Fatorial de Personalidade: Manual técnico e de avaliação*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Pavarini, S. C. I., & Neri, A. L. (2000). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: Conceitos, atitudes e comportamentos. In Y.A.O. Duarte & M. J. D. Diogo (Eds.), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (pp. 49-70). São Paulo, SP: Atheneu.
- Ruth, J. E., & Coleman, P. (1996). Personality and aging: Coping and management of the self in later life. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of aging* (pp. 308-322). San Diego, CA: Academic Press.
- Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons. *Psychology and Aging*, 6, 286-95.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (1991). Adult personality and psychomotor performance: Cross-sectional and longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 46, 257-84.
- Schaie, K. W., & Wilis S. L., (1996). *Adult development and aging*. New York: Harpers and Collins.
- Sheikh, J.I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5, 165-73.
- Silva, F. P. (1999). *Motivos para freqüentar universidade da terceira idade, crenças em relação à velhice e bem-estar subjetivo*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

- Small, B. J., Herzog, C. H., Hulstsch, D. F., & Dixon, R. A. (2003). Stability and change in adult personality over 6 years: findings from the Victoria Longitudinal Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 58*, 166-76.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and Psychology, 5*, 541-66.
- Steunenberg, B., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & Kerkhof, A. J. F. M. (2006). Personality and the onset of depression in late life. *Journal of Affective Disorders, 92*, 243-51.
- Tavares, A. (2005). *Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- The WHOQOL group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine, 46*, 1569-85.
- Trentini, C.M. (2004). Qualidade de vida em idosos. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Trentini, C. M., Xavier, F. M. F., Chachamovich, E., Rocha, N. S., Hirakata, V. N., & Fleck, M. P. A. (2005). A influência dos sintomas somáticos no desempenho dos idosos no Inventário de Depressão de Beck (BDI). *Revista Brasileira de Psiquiatria, 27*, 119-23.
- Xavier, F. M., Ferraz, M. P., Argimon, I., Trentini, C. M., Poyares, D., Bertollucci, P. H., Bisol, L. W., & Moriguchi, E. H. (2002). The DSM-IV 'minor depression' disorder in the oldest-old: prevalence rate, sleep patterns, memory function and quality of life in elderly people of Italian descent in Southern Brazil. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17*, 107-16.

Watson, D., & Walker, L.M. (1996). The long-term stability and predictive validity of trait measures of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 567-77.

**Tabela 1***Características sociodemográficas da amostra em estudo (N=103)*

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	103	100
<b>Idade (M; DP)</b>	69,2 (6,46)	
<b>Estado civil</b>		
Solteira	5	4,9
Casada/com companheiro	32	31,0
Viúva	46	44,7
Separada/divorciada/sem companheiro	20	19,4
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	21	20,4
Ensino Médio	40	38,8
Ensino Superior	42	40,8
<b>Renda</b>		
1 a 5 salários mínimos	22	21,3
6 a 10 salários mínimos	40	38,8
11 a 15 salários mínimos	22	21,4
16 a 20 salários mínimos	7	6,8
mais de 20 salários mínimos	12	11,7
<b>Situação moradia</b>		
Morando sozinha	49	47,6
Morando com a família	54	52,4

---

<b>Ocupação anterior</b>		
Professora	29	28,1
Funcionária pública	21	20,4
Do lar	15	14,6
Comerciante	7	6,8
Secretária	7	6,8
Auxiliar de Enfermagem	3	2,9
Outras	21	20,4
<b>Ocupação atual</b>		
Aposentada	76	73,8
Do lar	20	19,4
Outra	7	6,8
<b>Percepção de Saúde</b>		
Saudável	84	81,6
Doente	2	1,9
Nem saudável e nem doente	17	16,5
<b>Uso de medicação</b>		
Sim	92	89,3
Não	11	10,7
<b>Realiza atividade física</b>		
Sim	77	74,8
Não	26	25,2
<b>Tempo de participação na UNITI</b>		
Mais de um ano	87	84,4
Menos de um ano	16	15,6

---

**Tabela 2**

*Descrição (M; DP) dos fatores do IFP, do WHOQOL-bref (domínios de qualidade de vida) e da GDS*

<b>Variáveis</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
<b>Fatores IFP</b>		
Assistência	51,59	7,04
Intracepção	44,69	7,78
Afago	45,84	8,74
Deferência	50,68	6,42
Afiliação	55,06	6,64
Dominância	30,31	8,64
Denegação	37,98	6,94
Desempenho	47,17	7,49
Exibição	28,61	8,46
Agressão	24,58	7,53
Ordem	50,17	8,07
Persistência	45,90	8,74
Mudança	47,74	7,41
Autonomia	45,04	7,08
<b>QV</b>		
Domínio Físico	71,08	14,39
Domínio Psicológico	63,19	10,32

---

Domínio Relacionamentos Sociais	68,77	16,65
Domínio Meio Ambiente	74,39	11,33
QV Geral	75,60	16,07
<b>GDS</b>	2,65	2,42

---



**Tabela 3**

*Correlações significativas encontradas entre os fatores do IFP e os domínios de qualidade de vida (WHOQOL-bref) e a variável depressão (GDS) (N=103)*

Fatores IFP	Domínio Físico <sup>P</sup>	Domínio Psicológico <sup>P</sup>	Domínio Relac. Sociais <sup>P</sup>	Domínio Meio Ambiente <sup>P</sup>	QV Geral <sup>S</sup>	GDS <sup>S</sup>
Afago	-0,201*	0,005	-0,026	-0,143	0,003	0,212*
Afiliação	-0,019	0,251*	0,146	0,084	0,081	-0,164
Agressão	-0,175	-0,042	-0,123	-0,37	-0,077	0,268**
Ordem	0,052	0,126	0,122	0,234*	0,159	-0,053
Persistência	0,137	0,204*	0,180	0,234*	0,068	-0,212*
Mudança	0,147	0,286**	0,206*	0,183	0,148	-0,188

*Nota.* \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ . <sup>S</sup> Coeficiente de correlação de *Spearman*. <sup>P</sup> Coeficiente de correlação de *Pearson*.

**Tabela 4***Descrição (M) da análise de clusters para o IFP*

Fatores IFP	<i>Cluster 1</i> (N=61)	<i>Cluster 2</i> (N=42)	F	p
Assistência	53,93	48,19	19,54	<0,001
Intracção	48,28	39,48	45,90	<0,001
Afago	49,70	40,24	40,42	<0,001
Deferência	53,28	46,90	31,96	<0,001
Afiliação	57,67	51,26	29,61	<0,001
Dominância	33,80	25,24	31,74	<0,001
Denegação	39,51	35,76	7,70	0,007
Desempenho	49,98	43,07	26,53	<0,001
Exibição	32,49	22,98	45,08	<0,001
Agressão	27,64	20,14	32,17	<0,001
Ordem	53,59	45,21	35,92	<0,001
Persistência	49,46	40,74	32,37	<0,001
Mudança	50,16	44,24	18,63	<0,001
Autonomia	47,20	41,93	15,76	<0,001

*Nota.* O *cluster 1* é formado por pessoas mais voltadas para o cuidado dos outros, interessadas no outro, mais deferentes, organizadas, persistentes e interativas. O *cluster 2* é composto por pessoas mais voltadas para si próprias, menos interativas e pouco dominantes.

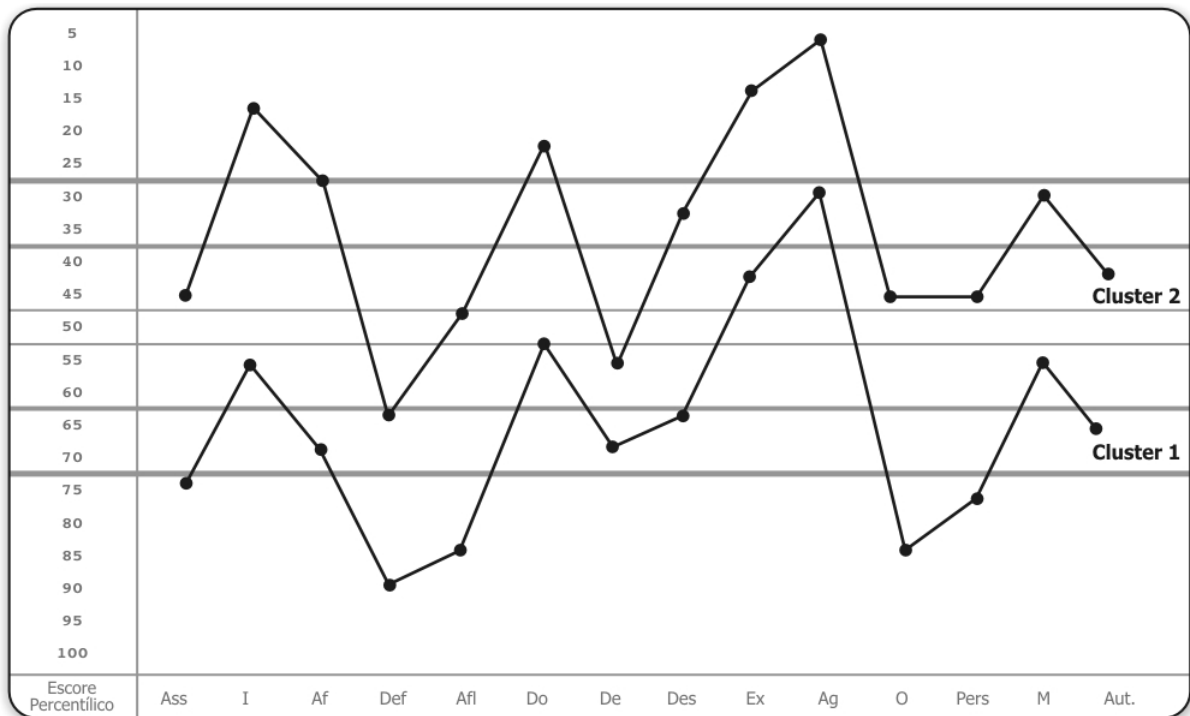
**Tabela 5**

*Comparação entre os domínios de qualidade de vida (WHOQOL-bref) e a variável depressão (GDS) e os clusters do IFP*

Variáveis	Clusters		p
	Cluster 1 (N=61)	Cluster 2 (N=42)	
<b>QV</b>			
Domínio Físico	68,91 (15,43)	74,23 (12,20)	0,06
Domínio Psicológico	62,98 (10,73)	63,49 (9,81)	0,80
Domínio Relacionamentos Sociais	67,08 (18,41)	71,23 (13,55)	0,19
Domínio Meio Ambiente	73,82 (12,63)	75,22 (9,21)	0,51
QV Geral	74,59 (17,97)	77,08 (12,92)	0,41
<b>GDS</b>	3,11 (2,76)	1,98 (1,64)	0,01**

*Nota.* \*\*  $p \leq 0,01$ . O *cluster* 1 é formado por pessoas mais voltadas para o cuidado dos outros, interessadas no outro, mais deferentes, organizadas, persistentes e interativas. O *cluster* 2 é composto por pessoas mais voltadas para si próprias, menos interativas e pouco dominantes.

Figura 1



*Cluster 1* = pessoas mais voltadas para o cuidado dos outros, interessadas no outro, mais deferentes, organizadas, persistentes e interativas.

*Cluster 2* = pessoas mais voltadas para si próprias, menos interativas e pouco dominantes.

Figura 1. Média dos *clusters* dos fatores do Inventário Fatorial de Personalidade

### 2.1.2. Versão em Inglês

**Title:** Personality Aspects, Quality of Life and Depression in Elderly Women

**Authors:** Tatiana Quarti Irigaray<sup>1</sup>, Rodolfo Herberto Schneider<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institute of Geriatrics and Gerontology (IGG) of the Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul (PUCRS), Brazil.

<sup>2</sup>Institute of Geriatrics and Gerontology (IGG) of the Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul (PUCRS), Brazil.

<sup>3</sup> Correspondence concerning this article should be addressed to Tatiana Quarti Irigaray, Avenida Senador Salgado Filho, 6429 – CEP 94.450-000 Viamão, RS, Brasil.

E-mail: [tatiana.irigaray@superig.com.br](mailto:tatiana.irigaray@superig.com.br)

Phone: (51) 3446.3968

#### **Abstract**

Personality aspects have been indicated as factors contributing to the quality of life assessment and the onset of depression in old age. The purpose of this study is to investigate the relationship among the personality factors, the quality of life and depression in the elderly. The sampling process used was the convenience method. One hundred three elderly women were assessed and asked about sociodemographic conditions, personality aspects (PFI), quality of life (WHOQOL-bref) and depression (GDS). The elderly were put together in two clusters with distinct personality factors: the more self-centered and the more devoted to the others. Although both groups did not present depression, there was a significant difference in the GDS score between these groups. The study highlights the existence of an association

among the personality dimensions, the quality of life and depression in the elderly.

Nevertheless, further studies are suggested.

Key-words: Personality; Quality of life; Depression; Elderly

## **Background**

Aging is a process experienced by each individual in different ways under the influence of historical, social and cultural factors, with or without pathologies, as well as socioeconomic, educational and intellectual factors and personality aspects. The term personality carries more than one definition and varies according to the personality theory used. Based on Murray's theory, the personality refers to a series of events that comprise the entire life of an individual, reflecting lasting and recurrent behavior elements as well as new and unique ones, therefore being the organizing or ruling agent of the individual (Hall, Lindzey & Campbell, 2000).

There are numerous theories trying to explain the development of the personality in old age. The first researches suggested that the personality became more rigid with aging and developed very little in old age (Papalia & Olds, 2000; Tavares, 2005). For Neugarten, Moore and Lowe (1965), people became more introverted as they grew older.

Studies conducted in the 70's and on suggest the contrary. A stability of the personality traces would occur along adulthood and old age (Costa, Herbst, McCrae & Siegler, 2000; Herbst, McCrae, Costa, Feaganes, & Siegler, 2000; McCrae & Costa 1987; McCrae & Costa, 1994). According to those studies, the personality would not become more rigid but would be the same way it has been since adulthood.

Some authors defend the idea that differences between cohorts reflect on the personality of the elderly (Ruth & Coleman, 1996; Schaie & Willis, 1991). For Schaie and Willis (1991) people in more recent cohorts show more flexibility, that is, less rigidity than the previous

ones. Such differences are probably associated with the influence of sociohistorical – cultural factors in more ancient generations. According to Ruth and Coleman (1996), the differences of personality among youngsters, adults and elderly are caused by the diversity among generations (cohorts) and not by the age brackets.

Current theories on personality show that, despite the apparent stability of the personality in adulthood, there is considerable potential for changes (Field & Millsap, 1991; Helson, Jones & Kwan, 2002; Labouvie-Vief, Diehl, Tarnowski & Shen, 2000; Maiden, Peterson, Caya & Hayslip, 2003; McAdams, 1995). The study of Maiden et al. (2003) verified that the personality traces are changeable in old age, mainly because in this phase of their life people are more likely to be faced with life events that require adaptation. Although a lot of individuals might keep the personality stable under normal life circumstances, it is believed that before more complex situations, the personality would change in order to adapt to life changes. On the other hand, the study of Labouvie-Vief et al. (2000) demonstrated that in old age, events associated with age may bring about changes or keep up the stability of the personality traits. As we grow older, there would be an increase in characteristics like responsibility, self-control, reliability, pleasantness, guidance to rules, positive emotionality and a decline in neuroticism, extroversion and openness to experience. The same authors also found that the standards of personality change are specific to gender, reflecting roles and adaptations that are peculiar to males or females. Besides that, they suggested that cultural changes could influence the development of personality.

Studies on gender and personality in old age are few. Existing data show that personality traits are kept in midlife and old age, but women present more male traces and men more female traces overtime. Women tend to exhibit greater stability than men in social roles related to family life. In general, elderly men may show lower rates of excitability and general activation. Elderly women are more expressive and socially involved than men. They also

tend to suffer from isolation and loneliness much more and have a more negative self-image than elderly men (Schaie & Willis, 1996).

Based on some researches, the personality dimensions may be related to resilience indices and subjective well-being (Ryff, 1991; Staudinger, Marsiske & Baltes, 1993), as well as the onset of depressive symptomatology (Costa et al., 2000; Costa, McCrae & Zonderman, 1987; Diener & Diener, 1996; Martin, Valora & Poon, 2002; Small, Herzog, Hultsch & Dixon, 2003; Steunenberg, Beekman, Deeg & Kerkhof, 2006; Watson & Walker, 1996). The well-being of the individuals has been considered by some authors as synonymous with quality of life (Kahn & Juster, 2002). For the World Health Organization Quality of life group (The WHOQOL group, 1998), the concept of quality of life is defined as the perception the individual has over his position in life and in the context of his culture and in accordance with the systems of values of the society in which he lives and also in relation to his objectives, expectations, standards and concerns. According to Trentini (2004), the positive outlook on health and the independence among the elderly have been pointed out as factors that contribute to the individual assessment of quality of life.

According to Neri (2000), the concept of quality of life in old age is difficult to define because of its multiple dimensions and because it is a multi-determined definition resulting from the acting of many concurrent events. It also refers to the adaptation of individuals and groups of people at different epochs of life of one or various societies. The difficulties in defining quality of life in old age come mainly from the fact that old age and quality of life are time-dependent events.

According to Lawton (1991), quality of life in old age is a multidimensional assessment based on intrapersonal and socio-normative criteria regarding the person-environment system of an individual at the present time, in the past and in the future. For him, the quality of life in old age depends on many elements, all inter-woven, being the product of the interactional



history. In other words, it takes shape as the individuals and societies grow. Also, it involves comparison with objective and subjective criteria associated with norms and social and individual values, which are also subject to changes overtime.

Lawton's model (1983) suggests that the evaluation of the quality of life in old age occurs over four overlapping and inter-related dimensions: environmental conditions, behavioral competence, perceived quality of life and subjective or psychological well-being, on which the functionality of the elderly depends.

The quality of life in old age is directly associated with the existence of environmental conditions that allow the elderly to perform adaptive behaviors; it is associated with the perceived quality of life and also with the sense of self-efficacy. The subjective assessment that each individual conducts over its performance is the primary content of the perceived quality of life. Self-efficacy, in its turn, is an important forerunner of behavior in all ages, since it implies the learned belief the individual holds concerning his resources needed to reach the desired goals (Neri, 2003).

A close relationship between quality of life and the intensity of depressive symptoms and/or levels of hopelessness in the elderly was found in a study by Trentini (2004). For the author, the individual who evaluates his quality of life as negative, shows significantly more depressive symptoms than the hopeful ones, who, according to some studies, present better health conditions (Carpenito 1995; Farran, Herth & Popovich, 1995; Miller, 1985). Other studies also found association between bad quality of life and depression (Herman et al., 2002; Kuehner, 2002; Xavier et al., 2002).

In old age, according to numerous authors, the personality acts as one of the main factors causing depressive symptomatology (Martin et al., 2002; Small et al., 2003; Steunenberg et al., 2006; Watson & Walker, 1996). Steunenberg et al. (2006) defend the idea that the low level of dominance and high level of neuroticism are related to depression in the elderly. To

them, the personality is more strongly related to the onset of depression than are social resources and health state. Another study also points out the high level of neuroticism as a probable risk factor for the development of depressive symptoms (Enns & Cox, 1997).

Other factors that might be involved in the onset of depressive symptoms are the lack of loss of social contacts, history of prior depression, widowhood, stressing life events, institutionalization in old people's homes, low income, dissatisfaction with social support, social isolation, anxiety, lack of social activities, low educational level and use of antidepressants (Djernes, 2006). Moreover, the loss of the beloved ones, like the spouse, children or friends and the changes in social roles may act as factors for depressive symptoms (Papalia & Olds, 2000). Several papers have shown an association between a more precarious state of physical health and the onset and persistence of depression (Argimon & Stein, 2005; Geerlings, Beekman, Deeg & Vantilburg, 2000; Beekman et al., 1997).

The impact of depressive symptoms on several dimensions of life may be responsible for the loss of autonomy and the worsening of the pre-existing pathological picture. Depression is frequently associated with greater morbidity and mortality risks, causing a more frequent use of health services, a lack of self-care and reduced interest in therapeutic treatments and a higher suicide risk (Katona et al., 1997).

Although depressive symptoms are frequent among people of any age, they can be prevented or even minimized by means of support given to the individual and also through interpersonal relationships (Jefferson & Greist, 1999). Papalia, Olds and Feldman (2006) reinforce the hypothesis that a strong net of friends and family may help the elderly prevent or face depression. Certain affective contexts may either unleash or protect individuals against the appearance of depression symptomatology. The risk of depression is increased in the absence of affective relationships, friendships and trustworthiness ties with the spouse, partner or friend. Similarly, the study of Antonucci, Lansford and Akiyama (2002) found an

association between negative social relationships and depressive symptomatology among the elderly.

According to Glass, Leon, Bassuk and Berkman (2006), there is an association between social engagement and lower prevalence of depressive symptoms in the elderly. The social participation would act as an important modifier to old people's health playing a fundamental role in the maintenance of mental health in old age and serving as an important means of intervention. For Murphy (1982), social support plays a protecting role in the presence of an unpleasant event, working as an impact reducer of stressing events.

The purpose of this study was to investigate the relationship between personality factors, quality of life and depression in elderly woman of the University for the Third Age (UNITI/UFRGS). Also, general dimensions of personality, intensity and prevalence of depressive symptomatology and aspects of quality of life in the sample studied were analyzed.

## **Methods**

### *Participants*

The sample was made up of 103 elderly, aged 60 or over. The subjects were recruited at University for the Third Age (UNITI) and had a school background of 7 years at least, that is, they must have completed the 7<sup>th</sup> grade of the Elementary school. The sampling process adopted was the convenience method.

UNITI is an Extension, Teaching and Research Project of Psychology Institute of the Federal University of Rio Grande do Sul, in Brazil. This project started its activities in the first semester of 1991 currently being in its 16<sup>th</sup> year of work. It is grounded on the principles of Permanent Education whose main goal is to potentialize human resources comprised by the age bracket of 60 years or over. The UNITI group is made up of elderly women in its great majority, having an average of 150 participants per semester.

### *Instruments*

The following instruments were used:

#### 1. Sociodemographic filling card

The data in the sociodemographic filling card included the following variables: sex, age, marital status, educational background, income, living situation, year of retirement, occupation, year of admission in UNITI, number of children, grandchildren and great-grandchildren, physical activity, health perception and use of medication.

#### 2. Assessment of Personality Factors

Personality Factorial Inventory – PFI (Pasquali, Azevedo & Ghest, 1997)

It is an objective personality inventory which assesses 15 psychological needs or motives (assistance, dominance, order, denial, intraception, performance, exposure, heterosexuality, caress, change, persistence, aggression, deference, autonomy and affiliation).

The PIF comprises 155 items with affirmations to which the individual must respond using alternatives from a scale of the Likert type, composed of seven points. The points in the scale correspond progressively from one (nothing characteristic) to seven (totally characteristic). The Portuguese version of the instrument was used (Pasquali, Azevedo & Ghest, 1997).

#### 3. Quality of Life Perception

WHOQOL – bref (Fleck et al., 1999)

It is an abridged version of the WHOQOL-100 instrument, which was designed by the World Health Organization quality of life group. This questionnaire is based on the presupposition that quality of life is a subjective, multidimensional construct (perception of the individual in question), made up of positive and negative dimensions. It assesses four domains (physical, psychological, social relationships and environment), including questions of global assessment of quality of life. The last ones generate a global score (called general

quality of life), which will also be included in the analysis of the results. This questionnaire contains 26 questions and the Portuguese version of the instrument was used (Fleck et al., 1999).

#### 4. Intensity of Depressive Symptoms

##### Geriatric Depression Scale – GDS – 15 (Sheikh & Yesavage, 1986)

The GDS is a measurement used to track depression in the elderly; this scale is one of the most frequently used instruments for this purpose. The short version contains 15 questions in relation to the original scale which has 30 questions classified in yes and no. The total score of the GDS, the short version, is based on the sum of the answers checked by the examinees in the 15 items. The lowest possible score is zero and the highest is 15. The Portuguese version of the instrument was used.

## **Procedures**

### *Data collecting procedures*

The University for the Third Age was first contacted and later included the participants in the sample. All the elderly filled out the Term of Free and Clarified Consent and then were invited to answer about sociodemographic information, personality factors (Pasquali, Azevedo & Ghesti, 1997) quality of life aspects (Fleck et al., 1999) and symptomatology of depression (Sheikh & Yesavage, 1986).

The sociodemographic filling card, the PFI, the WHOQOL – bref as well as the GDS are self-manageable. However, a survey assistant (Psychology student) was always available to the elderly for any question. The applications of the instruments were carried out in groups of up to 15 participants.

The project was duly examined and approved of by the Committee of Ethics and Research of the Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brazil (Nº 06/ 0309).

#### *Data analysis procedures*

The description of the variables was performed by using absolute and relative frequencies as well as average and standard deviation.

The association among the personality factors of the PFI, the variable depression (GDS) and the quality of life domains (WHOQOL – bref) were measured by Pearson's and Spearman's Correlation Coefficient.

The Student t-test was used in the comparison conducted among the variables depression (GDS) and quality of life domains (WHOQOL – bref) and the clusters of the PFI.

Associations at  $p \leq 0, 05$  were considered important.

To analyze the data, the SPSS program for Windows version 13.0 was used.

#### **Results**

Table 1 shows the sociodemographic characteristics of the sample under study. As can be seen, the sample comprised 103 elderly women between the ages of 60 – 86 years, average age of 69.2 (SD = 6.46). Most of them were widows (44.7%) with a college degree (40.8%) and an income of 6 to 10 minimum wages (38.8%). Concerning their living place, most of them live with their families (52.4%), teaching was their most frequent previous occupation (28.1%) and most of them are currently retired (73.8%). The predominant perception of health was that of a healthy person (81.6%), the use of medication (89.3%) and a physical activity (74.8%) were also widely mentioned among the elderly. Most of them (84,4%) have been at UNITI for over a year.

Insert the Table 1.

Table 2 shows the averages and standard deviations of the PFI factors, the quality of life domains (WHOQOL – bref) and the GDS.

Insert the Table 2.

Table 3 shows the correlations found among the PFI factors and quality of life domains (WHOQOL – bref) and the variable depression (GDS). By means of Pearson's Correlation Coefficient, a negative and weak but significant correlation between the factor *caress* of the PFI and the physical domain was found. Weak but significant correlations were found among *affiliation*, *persistence* and *change* of the PFI factors and the psychological domain (WHOQOL – bref). As for the social relationships domain (WHOQOL – bref) and the PFI factors, a unique, though weak, significant positive correlation was obtained with the factor *change*. As for the environment domain (WHOQOL – bref) significant, though weak, positive correlations were found between *order* and *persistence*. The same Table 3 also shows correlations obtained by Spearman's Correlation Coefficient. Significant, though weak, correlations among *caress* and *aggression* of the PFI and the variable depression (GDS) were obtained and a significant, though weak, negative correlation was found between the factor *persistence* of the PFI and the variable depression (GDS).

Insert the Table 3.

In order to better explore the personality aspects, an analysis of clusters was performed (Table 4). Clusters were used to maximize the differences among the cases in different groupings. As can be seen, the cluster 1 is formed by people who care about the others and are more devoted, more deferential, organized, persistent and interactive. On the other hand, cluster 2 is made up of people who are more self-centered, less interactive and not so domineering (Figure 1).

Insert the Table 4. Insert the Figure 1.

Table 5 shows the results regarding the comparison among the quality of life domains (WHOQOL – bref), the variable depression (GDS) and the cluster of the PFI. Through the Student *t*-Test, it was possible to check a significant difference ( $p \leq 0.01$ ) for the variable depression (GDS) in clusters 1 and 2. Based on this comparison, the people in cluster 1 present more depression symptoms in relation to those in cluster 2. For the assessed quality of life domains, there were no significant differences between the clusters, but there was a tendency to significance in the physical domain, in which the average of cluster 2 was higher.

Insert the Table 5.

### ***Discussion***

In a general way, the group of elderly investigated in this study presented median characteristics for all the personality factors, having the high deference and low aggression as the most highlighted dimensions. Deference, in the sense that they are people characterized by respect, admiration and reverence, who like to admire and give support to someone they consider superior, someone they like to praise and honor, imitate and obey. On the other hand, aggression is not a striking characteristic in this group of elderly women because they are not characterized by rage, irritation and hatred and neither do they vigorously wish to surpass the opposition. The group assessed is not characterized by fighting, quarreling, opposition to others, censorship and attack. A feasible explanation for this finding is the fact that the elderly in this sample are part of a cohort that was raised essentially to play traditional female roles, such as housewives, mother and spouse.

Bassanezi (1997) observed that the maternal instinct, innocence, resignation and sweetness characterized the women of the Golden Years and these are the elderly of today. The husband and children were supposed to be the center of their concerns. Their happiness would come as a consequence of a satisfied husband. Neri (2001) described women as less



aggressive, more solidary, more suggestible, more committed and more socially related than men at all ages. Therefore, being a woman and elderly leads women to the world of relations of interdependence. Another aspect that may have also contributed to the high deference and low aggression in this sample is the way of the educational system works, which according to Both (2006) does not prepare for a late development in old age. The system builds up people who reach their middle age with an internally weakened structure, and this way “the excessive concentration on social identifications, labor and childrearing reduces the human potential for development” (Both, 2006 p. 1447).

The presence of depression did not appear as a characteristic of the group studied, since the general average of the GDS indicated the absence of depression symptomatology. Other studies, available in the literature, corroborate such findings, defending the hypothesis of associations between improvements in different areas and the participation in a University for the Third Age (Cachioni, 1998; Erbolato, 1996; Loures & Gomes, 2006; Silva, 1999).

The study of Lourdes and Gomes (2006) found an association between lower depression intensity and participation in the Open University for the Third Age (UNATI/ UCG/Brazil), relating this improvement to the course, which probably made the elderly feel less abandoned, less lonely and less despised amid their peers and their teachers.

Other studies reinforce the hypothesis of a direct association between improvements in personal, intellectual, affective and social areas and the participation in the University for the Third Age (Cachioni, 1998; Erbolato, 1996; Silva, 1999). In Cachioni’s research (1998), the student’s attendance at the São Francisco University for the Third Age (Brazil) made them feel more respected and more socially valued. In addition, they enriched their educational background, which increased their self-confidence and self-efficacy in the cognitive and productive areas. Similarly, Erbolato (1996) conducted a study at the University for the Third Age of the Pontifical Catholic University of Campinas (Brazil) and realized that the

attendance in the program brought benefits to the personal, intellectual and social areas. Also, positive changes were seen in their conceptions on aging, health care, life routine, problem-solving, relationship with friends and self-perception. Likewise, Silva (1999) supports the idea that attending a university entails an increase in the elderly's sense of power. On the other hand, the study of Leite, Carvalho, Barreto and Falcão (2006), carried out at the Open University for the Third Age of the Federal University of Pernambuco (UNATI/ UFPE/ Brazil), found an important percentage of depression (24.02%) in the elderly participating in the group, whose majority was classified as minor depression. The cases of depression presented a relevant relation with the variables: concern, headache, bad mood, irritation, sadness and dissatisfaction.

In the present study, a possible explanation to the findings regarding the absence of depressive symptomatology in the sample studied could be related to the research conducted at the University for the Third Age (UNITI/ UFRGS/ Brazil) whose main goal is to value the elderly person as an actively thinking being, participating in the society. According to Castro (1998), at UNITI, the group of elderly seeks and decides over the motivations of their own lives. They mull over their own history in order to reformulate it, unleashing resources of their personality and using them more productively. This way, the UNITI group would possibly protect themselves against depression in old age. Another explanation lies in the socio-demographic characteristics of the sample studied. The sample was mostly made up of elderly with a high level of education. This could explain the low total score in the Geriatric Depression Scale. In the study by Trentini et al. (2005), schooling was variable more consistently associated with the intensity of depression. This association happens the opposite way: the higher the schooling, the lower the intensity of psychological symptoms or somatic conditions. Therefore, schooling exerts a protecting role for depressive symptoms or their

expression. Other studies have also demonstrated a relation between lower schooling and a greater number of depressed elderly (Cacciatore, 1998; Leite et al., 2006).

According to the previous results, an analysis of clusters was conducted to explore the differences among the personality aspects in the group studied. Based on a comparison between the clusters of the personality factors (PFI), different domains and general quality of life (WHOQOL – bref) and the variable depression (GDS) it was observed that the elderly in cluster 2, who are more self-centered, less interactive and little domineering, presented fewer depression symptoms in relation to those in cluster 1, who are more devoted to the others, more deferential, organized, persistent and interactive. Although the group comprising cluster 1 and cluster 2 had different in terms of intensity of depressive symptomatology, this result does not present a clinically relevant impact, since both groups have shown no depressive symptomatology. An association between personality and depression has been found in several studies (Costa et al., 1987; Costa et al., 2000; Diener & Diener, 1996; Martin et al., 2002; Small et al., 2003; Watson & Walker, 1996). Other studies reinforce the direct association hypothesis between the high level of neuroticism and the development of depressive symptoms (Enns & Cox, 1997; Steunenberg et al., 2006).

The elderly in cluster 2 (who are more self-centered, less interactive and little domineering) showed a tendency to better assess their quality of life in the physical domain compared to those in cluster 1. As for the quality of life domains and the clusters of the personality factors, no significant differences were found. A possible explanation to this result may be the fact that the sample consisted mainly of non-depressed elderly. This could explain the homogeneous results in all the quality of life domains. Several studies have mentioned an association between bad quality of life and depression (Herman et al., 2002; Kuehner, 2002; Trentini, 2004; Xavier et al., 2002). According to Trentini (2004), the elderly assessment of the quality of life is associated with age, sex, marital status, social class and health perception,

but it is more strongly associated with levels of depressive symptoms. Thus, the individual who assesses his quality of life as negative presents significantly more depressive symptoms.

Another feasible explanation to the referred association is to be found in the sociodemographic characteristics of the sample studied. The sample comprised a high number of elderly women in good socioeconomic situation. This could explain the similar scores in all domains of the quality of life. In accordance with the present result, Trentini's study (2004) found that elderly of lower social levels present the worst quality of life scores in the general assessment and in all the other domains. As described by Neri (1993), the financial resource has a compensatory effect over the losses of old age; it helps to get access to health care, leisure, self-esteem and self-efficacy, making up for the inevitable losses of this phase.

A third possible explanation is the fact that being the elderly self-governing and independent, they see themselves as healthy individuals, assessing the quality of life through this perception. In Trentini's research (2004), the assessment of the quality of life was found to be strongly associated with a subjective assessment of the subject, relating perhaps to the objective or perceived state of health. Other studies emphasize the importance of autonomy and functionality of the elderly (Henderson, 2003; Jakobsson, Klevsgard, Westergren, & Hallberg, 2003). For Pavarini and Neri (2000), the preservation of the quality of life is the main challenge longevity poses to the elderly due to the threats of a decline in autonomy and independence, caused by a more precarious state of health or by the weakening of social relations. A hypothesis based on the present study would say that the exercise of autonomy and independence may lead the elderly to a higher self-esteem and, as a result, to a healthier perception of health. Therefore, the variables autonomy and independence would be related to the perception of the quality of life in the elderly.

As far as limitations are concerned, it is important to point out that this study was conducted with a rather homogeneous sample characterized by a high level of schooling and a

good socio-economic situation, which can't reflect the elderly's reality in general. However, getting to know and understand the relationship among personality aspects, quality of life and depression may entail implications in the implementation of educational opportunities for this group of people.

In general terms, the elderly women in this sample, showed median characteristics for all the PFI factors, having the aspects of high deference and low aggression been the most cited. The participants in this study did not show the presence of depression as a characteristic. Probably, the UNITI group is playing an important role in the conquest and maintenance of a well-succeeded aging and also in the onset of the depressive symptomatology. Further studies are suggested to clarify such findings.

Studies in the literature concerning the personality aspects in the elderly and their relation with the other variables are still at the beginning. Therefore, further studies are suggested to explore the influence of the personality aspects on the quality of life and depression in the elderly and also the variables of impact and interference in this association.

## References

- Antonucci, T. C., Lansford, J. E., & Akiyama, H. (2002). Differences between men and women in social relations, resource deficits, and depressive symptomatology during later life in four nations. *Journal of Social Issues, 58*, 767-783.
- Argimon, I. L., & Stein, L. M. (2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: Um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública, 21*, 64-72.
- Bassanezi, C. (1997). Mulheres dos anos dourados. In M. Del Priore (Ed.). *História das mulheres no Brasil* (pp. 607-639). São Paulo, SP: Contexto.
- Beekman, A. T. F., Pennin, B. W. J. H., Deeg, D. J. H., Ormel, J., Braam, A.W., & Tilburg, W. (1997). Depression and physical health in later life: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). *Journal of Affective Disorders, 46*, 216-231.
- Both, A. (2006). Longevidade e educação: Fundamentos e práticas. In E. V. de Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp.1446-1456). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Cacciatore, F. (1998). Morbidity patterns in aged population in Southern Italy: A survey sampling. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 26*, 201-13.
- Cachioni, M. (1998). *Envelhecimento bem-sucedido e a participação numa universidade para a terceira idade: A experiência dos alunos da Universidade São Francisco*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Carpenito, L. J. (1995). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. New York: Lippincott.
- Castro, O. P. (1998). O processo grupal, a subjetividade e a ressignificação da velhice. In O. P. Castro (Ed.), *Velhice que idade é esta? Uma construção psicossocial do envelhecimento* (pp. 35-55). Porto Alegre, RS: Síntese.

- Costa, P. T., Herbst, J. H., McCrae, R. R., & Siegler, I. C. (2000). Personality at midlife: stability, intrinsic maturation and response to life events. *Assessment*, 7, 365-78.
- Costa, P. T., McCrae R. R., & Zonderman, A. B. (1987). Environmental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of American national sample. *British Journal of Psychology*, 78, 299-306.
- Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185.
- Djernes, J. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 372-87.
- Enns, M. W. & Cox, B. J. (1997). Personality dimensions and depression: Review and commentary. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 274-84.
- Erbolato, R. M. P. L. (1996). *Universidade da terceira idade: Avaliação e perspectivas de alunos e ex-alunos*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Farran, C. J., Herth, K. A., & Popovich, J. M. (1995). *Hope and hopelessness: Critical clinical constructs*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Field, D., & Millsap, R. E. (1991). Personality in advanced old age: Continuity or change? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, 299-308.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL -100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28.
- Geerlings, S. W., Beekman, A. T., Deeg, D. J. U., & Vantilburg, W. (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: An eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, 30, 369-80.

- Glass, T. A., Leon, C. F. M., Bassuk, S. S., & Berkman, L. F. (2006). Social engagement and depressive symptoms in late life longitudinal findings. *Journal of Aging and Health, 18*, 604-28.
- Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da Personalidade*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul.
- Helson, R., Jones, C. J., & Kwan, V. S. Y. (2002). Personality change over 40 years of adulthood: HLM analyses of two longitudinal samples. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 752-766.
- Henderson, J. P. (2003). The effects of self-efficacy for coping, constructed meaning, and spirituality on the quality of life in men with prostate cancer. *PsycInfo Database Record APA, 63*, 3917-3941.
- Herbst, J. H., McCrae, R.R., Costa Jr., P. T., Feaganes, J. R., & Siegler, I. C. (2000). Self-perceptions of stability and change in personality at midlife: The UNC alumni heart study. *Assessment, 7*, 379-388
- Herman, H., Patrick, D. L., Diehr, P., Martin, M. L., Fleck, M., Simon, G. E., & Buesching, D. P. (2002, July). Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychological medicine, 32*, 889-902.
- Jakobsson, U., Klevsgard, R., Westergren, A., & Hallberg, I. R. (2003). Old people in pain: A comparative study. *Journal of Pain and Symptom Management, 26*, 625-636.
- Jefferson, J. W., & Greist, J. H. (1999). *Depression and antidepressants: A guide*. Middleton, WI: Dean Foundation for Health.
- Kahn, R. L., & Thomas, J. F. (2002). Well-Being: Concepts and Measures. *Journal of Social Issues, 58*, 627-44.



- Katona, C., Livingston, G., Manela, M., Leek, C., Mullan, E., Orrell, M., D'Ath, P., & Zeitlin, D. (1997). The symptomatology of depression in the elderly. *International Clinical Psychopharmacology, 12*, 19-23.
- Kuehner, C. (2002). Subjective quality of life: Validity issues with depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*, 62-70.
- Labouvie-Vief, G., Diehl, M., Tarnowski, A., & Shen, J. (2000). Age differences in adult personality: Findings from the United States and China. *Journal of Gerontology, 1*, 4-17.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist, 23*, 349-55.
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe, & D. E. Deutchmann (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 3-27). San Diego, CA: Academic Press.
- Leite, V. M. M., Carvalho, E. M. F. C., Barreto, K. M. L., & Falcão, I. V. (2006). Depressão e envelhecimento: Estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 6*, 31-8.
- Loures, M. C., & Gomes, L. (2006). Prevalência da depressão entre os alunos da universidade aberta à terceira idade, Universidade Católica de Goiás no início e no término de seu curso. In: V. P. Faleiros, & A. M. L. Loureiro (Eds.), *Desafios do envelhecimento: Vez, sentido e voz*. (pp. 139-58). Brasília, DF: Universa.
- Maiden, R. J., Peterson, A. S., Caya, M., & Hayslip Jr., B. (2003). Personality Changes in the Old-Old: A Longitudinal Study. *Journal of Adult Development, 10*, 31-39.

- Martin, P., Valora, L. M., & Poon, L. W. (2002). Age change and differences in personality traits and states of the old and very old. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57, 144-52.
- McAdams, D. P. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, 63, 365-96.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1987). Validation of five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1994). The stability of personality: Observations and evaluations. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 173-175.
- Miller, J. F. (1985). Hope doesn't necessarily spring eternal: sometimes it has to be carefully mined and channeled. *American Journal of Nursing*, 85, 23-25.
- Murphy, E. (1982). Social origins of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*, 141, 135-142.
- Neri, A. L. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A. L. (2000). Qualidade madura no atendimento domiciliário. In Y. A. O. Duarte, & M. J. D. Diogo (Eds.), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (pp. 33-47). São Paulo, SP: Atheneu.
- Neri, A. L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. In A. L. Neri (Ed.), *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp. 161-200). Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A. L. (2003). Qualidade de vida na velhice. In J. R. Rebelatto, & J. R. S. Morelli (Eds.), *Fisioterapia Geriátrica* (pp. 9-34). São Paulo, SP: Manole.
- Neugarten, B. L., Moore, J. W., & Lowe, J. (1965). Age norms, age constraints, and adult socialization. *American Journal of Sociology*, 70, 710-717.

- Papalia, D. E., & Olds, S.W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Pasquali, L., Azevedo, M. M., & Ghesti, I. (1997). *Inventário Fatorial de Personalidade: Manual técnico e de avaliação*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Pavarini, S. C. I., & Neri, A. L. (2000). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: Conceitos, atitudes e comportamentos. In Y.A.O. Duarte & M. J. D. Diogo (Eds.), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (pp. 49-70). São Paulo, SP: Atheneu.
- Ruth, J. E., & Coleman, P. (1996). Personality and aging: Coping and management of the self in later life. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of aging* (pp. 308-322). San Diego, CA: Academic Press.
- Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons. *Psychology and Aging, 6*, 286-95.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (1991). Adult personality and psychomotor performance: Cross-sectional and longitudinal analysis. *Journal of Gerontology, 46*, 257-84.
- Schaie, K. W., & Wilis S. L., (1996). *Adult development and aging*. New York: Harpers and Collins.
- Sheikh, J.I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology, 5*, 165-73.
- Silva, F. P. (1999). *Motivos para freqüentar universidade da terceira idade, crenças em relação à velhice e bem-estar subjetivo*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

- Small, B. J., Herzog, C. H., Hultsch, D. F., & Dixon, R. A. (2003). Stability and change in adult personality over 6 years: findings from the Victoria Longitudinal Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 58*, 166-76.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and Psychology, 5*, 541-66.
- Steunenberg, B., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & Kerkhof, A. J. F. M. (2006). Personality and the onset of depression in late life. *Journal of Affective Disorders, 92*, 243-51.
- Tavares, A. (2005). *Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- The WHOQOL group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine, 46*, 1569-85.
- Trentini, C.M. (2004). Qualidade de vida em idosos. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Trentini, C. M., Xavier, F. M. F., Chachamovich, E., Rocha, N. S., Hirakata, V. N., & Fleck, M. P. A. (2005). A influência dos sintomas somáticos no desempenho dos idosos no Inventário de Depressão de Beck (BDI). *Revista Brasileira de Psiquiatria, 27*, 119-23.
- Xavier, F. M., Ferraz, M. P., Argimon, I., Trentini, C. M., Poyares, D., Bertollucci, P. H., Bisol, L. W., & Moriguchi, E. H. (2002). The DSM-IV 'minor depression' disorder in the oldest-old: prevalence rate, sleep patterns, memory function and quality of life in elderly people of Italian descent in Southern Brazil. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17*, 107-16.

Watson, D., & Walker, L.M. (1996). The long-term stability and predictive validity of trait measures of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 567-77.

**Table 1***Sociodemographic characteristics of sample (N=103).*

Variables	N	%
<b>Sex</b>		
Female	103	100
<b>Age (M; DP)</b>	69.2 (6.46)	
<b>Marital status</b>		
Single	5	4.9
Married/ with companion	32	31.0
Widow	46	44.7
Separated/divorced/no companion	20	19.4
<b>Schooling</b>		
Elementary	21	20.4
Secondary	40	38.8
<i>College</i>	42	40.8
<b>Income</b>		
1 to 5 minimum wages	22	21.3
6 to 10 minimum wages	40	38.8
11 to 15 minimum wages	22	21.4
16 to 20 minimum wages	7	6.8
over 20 minimum wages	12	11.7
<b>Living situation</b>		
Living alone	49	47.6
Living with family	54	52.4
<b>Previous occupation</b>		

---

Teacher	29	28.1
Public servant	21	20.4
Homemaker	15	14.6
Salesperson	7	6.8
Secretary	7	6.8
Nurse assistant	3	2.9
Other	21	20.4
<b>Current occupation</b>		
Retired	76	73.8
Homemaker	20	19.4
Other	7	6.8
<b>Health Perception</b>		
Healthy	84	81.6
Ill	2	1.9
Neither health nor ill	17	16.5
<b>Do you use medication?</b>		
Yes	92	89.3
No	11	10.7
<b>Do you work out?</b>		
Yes	77	74.8
No	26	25.2
<b>How long have you been at UNITI</b>		
Over a year	87	84,4
Less than a year	16	15,6

---

**Table 2**

*Description (M; DP) of PFI factors, WHOQOL-bref (quality of life domains) and GDS.*

Variables	<i>M</i>	DP
<b>PFI Factors</b>		
Assistance	51.59	7.04
Intracception	44.69	7.78
Caress	45.84	8.74
Deference	50.68	6.42
Affiliation	55.06	6.64
Dominance	30.31	8.64
Denial	37.98	6.94
Performance	47.17	7.49
Exposure	28.61	8.46
Aggression	24.58	7.53
Order	50.17	8.07
Persistence	45.90	8.74
Change	47.74	7.41
Autonomy	45.04	7.08
<b>Quality of Life</b>		
Physical Domain	71.08	14.39
Psychological Domain	63.19	10.32
Social Relationships Domain	68.77	16.65
Environmental Domain	74.39	11.33
General QV	75.60	16.07
<b>GDS</b>	2.65	2.42



**Table 3**

Correlations found among PFI factors and quality of life domains (WHOQOL-bref) and the variable depression (GDS) (n=103).

PFI Factors	Physical Domain <sup>P</sup>	Psychologi cal Domain <sup>P</sup>	Social Relationsh ips Domain <sup>P</sup>	Environme ntal Domain <sup>P</sup>	General QV <sup>S</sup>	GDS <sup>S</sup>
Assistance	0.003	0.179	0.023	0.119	0.157	-0.043
Intracception	-0.095	0.073	-0.160	0.066	0.017	0.060
Caress	-0.201*	0.005	-0.026	-0.143	0.003	0.212*
Deference	0.065	0.190	0.075	0.121	0.148	-0.180
Affiliation	-0.019	0.251*	0.146	0.084	0.081	-0.164
Dominance	-0.118	0.010	-0.092	-0.054	-0.045	0.156
Denial	-0.136	-0.004	-0.185	-0.117	-0.016	0.149
Performance	-0.065	-0.087	-0.174	0.024	-0.115	0.087
Exposure	-0.169	0.074	-0.192	-0.064	-0.073	0.162
Aggression	-0.175	-0.042	-0.123	-0.37	-0.077	0.268**
Order	0.052	0.126	0.122	0.234*	0.159	-0.053
Persistence	0.137	0.204*	0.180	0.234*	0.068	-0.212*
Change	0.147	0.286**	0.206*	0.183	0.148	-0.188
Autonomy	0.126	0.106	0.054	0.136	0.062	-0.119

Note. \*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ . <sup>S</sup> Correlation coefficient of Spearman. <sup>P</sup> Correlation coefficient of Pearson.

**Table 4**Description (*M*) of the clusters analysis for the PFI.

PFI Factors	Cluster 1 (n=61)	Cluster 2 (n=42)	F	p
Assistance	53.93	48.19	19.54	<0.001
Intracception	48.28	39.48	45.90	<0.001
Caress	49.70	40.24	40.42	<0.001
Deference	53.28	46.90	31.96	<0.001
Affiliation	57.67	51.26	29.61	<0.001
Dominance	33.80	25.24	31.74	<0.001
Denial	39.51	35.76	7.70	0.007
Performance	49.98	43.07	26.53	<0.001
Exposure	32.49	22.98	45.08	<0.001
Aggression	27.64	20.14	32.17	<0.001
Order	53.59	45.21	35.92	<0.001
Persistence	49.46	40.74	32.37	<0.001
Change	50.16	44.24	18.63	<0.001
Autonomy	47.20	41.93	15.76	<0.001

**Table 5**

Comparison among the quality of life domains (WHOQOL-bref) and the variable depression (GDS) and the PFI clusters.

Variables	Clusters		p
	Cluster 1 (n=61)	Cluster 2 (n=42)	
<b>QV</b>			
Physical Domain	68.91 (15.43)	74.23 (12.20)	0.06
Psychological Domain	62.98 (10.73)	63.49 (9.81)	0.80
Social Relationships Domain	67.08 (18.41)	71.23 (13.55)	0.19
Environmental Domain	73.82 (12.63)	75.22 (9.21)	0.51
General QV	74.59 (17.97)	77.08 (12.92)	0.41
<b>GDS</b>	3.11 (2.76)	1.98 (1.64)	0.01**

Note. \*\*  $p \leq 0.01$

Figure 1

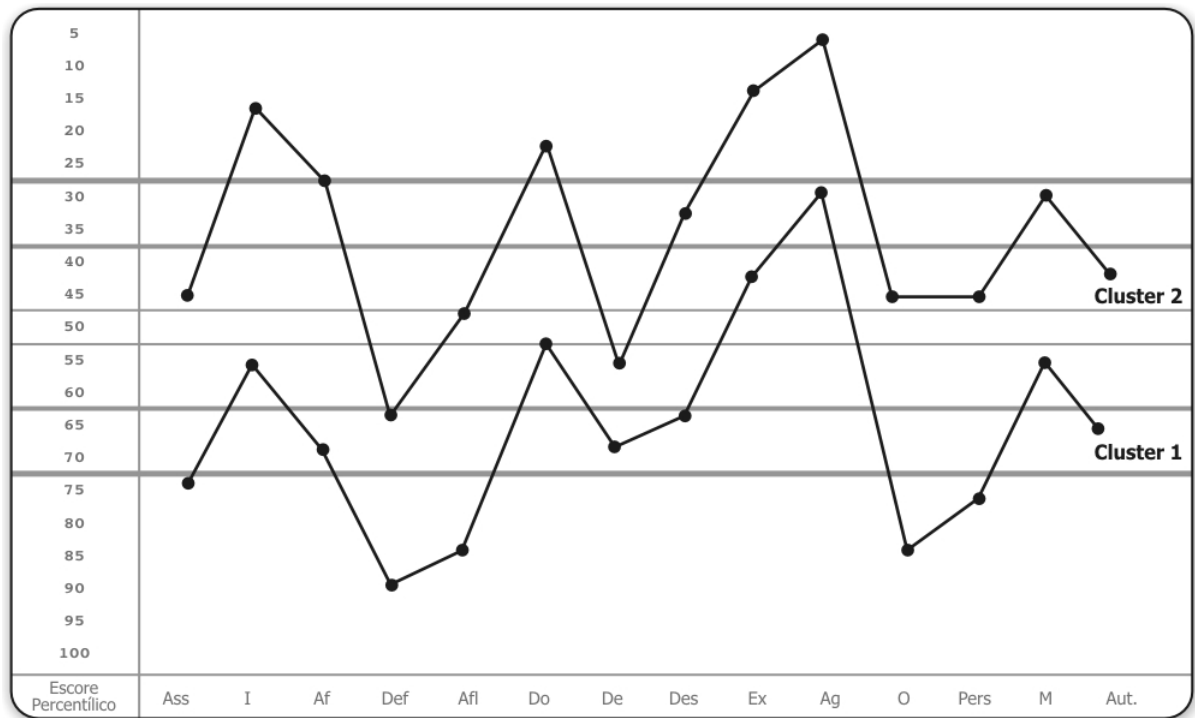


Figure 1. Average of clusters of the Personality Factorial Inventory

**2.2. ARTIGO 2 - Tempo de participação na Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS) e sua associação com dimensões de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas.**

**Autores:** Tatiana Quarti Irigaray, Rodolfo Herberto Schneider.

A versão em Português deste artigo foi submetida à revista *Estudos de Psicologia* (Campinas).

### **Submissão**

Ao contrário do artigo anterior, a submissão do seguinte artigo foi realizada por Sedex. Assim, estamos aguardando a confirmação de recebimento.

### 2.2.1 Versão em Português

**Título.** Tempo de participação na Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS) e sua associação com dimensões de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas.

**Autores.** Tatiana Quarti Irigaray<sup>1</sup>, Rodolfo Herberto Schneider<sup>2</sup>

**Título em Inglês:** Time participation at the University for the Third Age (UNITI –UFRGS) and its association with personality dimensions, quality of life, and depression in elderly women.

**Título Abreviado:** Personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas.

<sup>1</sup>Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Brasil.

<sup>2</sup>Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Brasil.

<sup>3</sup> Correspondência para Tatiana Quarti Irigaray, Avenida Senador Salgado Filho, 6429 – CEP 94.450-000 Viamão, RS, Brasil.

E-mail: [tatiana.irigaray@superig.com.br](mailto:tatiana.irigaray@superig.com.br)

Fone: (51) 3446.3968

### Resumo

O objetivo deste estudo foi examinar a associação entre o tempo de participação na Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS) e as dimensões de personalidade, a qualidade de vida e a depressão em idosas. O método amostral utilizado foi o de conveniência. Cento e três idosas que participavam do grupo da UNITI foram avaliadas e responderam sobre condições sociodemográficas, aspectos de personalidade (IFP), qualidade

de vida (WHOQOL-bref) e depressão (GDS). Os dados mostraram uma associação entre tempo de participação superior a um ano na UNITI e menor intensidade de depressão e melhor percepção de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e relacionamentos sociais. Os resultados sugerem que o tempo de participação superior a um ano na UNITI atua como um possível fator protetor contra a depressão na velhice e auxilia na percepção de uma melhor qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e relacionamentos sociais. Outros estudos são sugeridos.

**Palavras-chave:** universidade para a terceira idade; personalidade; qualidade de vida; depressão; idosas.

#### **Abstract**

The aim of this study was to examine the association between the time participation in the University for the Third Age (UNITI/UFRGS) and personality dimensions, quality of life and depression in elderly women. Convenience sampling method was utilized. One hundred and three elderly women who participated in the UNITI group were evaluated and answered about sociodemographic conditions, personality aspects, quality of life and depression. The data showed association between time participation over one year at UNITI and lower intensity of depression with better perception of quality of life in physical and psychological domains, and in social interactions. The results suggest that the time participation over one year at UNITI acts as a possible protective factor against depression in the elderly and helps with the perception of a better quality of life in physical and psychological domains and in social interactions. Other studies are suggested.



**Key words:** university for the third age; personality; quality of life; depression; elderly females.

## **Introdução**

Devido ao aumento do número de idosos na população brasileira e ao aumento da longevidade, na última década, houve uma proliferação de programas e atividades destinados ao público idoso. Dentre eles, destacam-se os trabalhos realizados nas universidades da terceira idade, que têm como objetivo principal rever os estereótipos e preconceitos associados à velhice; promover a auto-estima e o resgate da cidadania; incentivar a autonomia, a independência, a auto-expressão e a reinserção social em busca de uma velhice bem-sucedida (Palma, 2000).

Os programas das universidades brasileiras da terceira idade, em sua maioria, caracterizam-se como propostas de educação permanente ou de educação continuada (Neri & Cachioni, 1999). A educação permanente é concebida como um fato educativo global, sem limites de idade, que surge da necessidade de acompanhar as transformações rápidas que estão acontecendo no mundo, nos aspectos econômicos, político, social e cultural. De forma diferente, a educação continuada equivale à educação convencional de adultos, referindo-se ao prolongamento do sistema escolar ao longo de toda a vida, segundo a demanda do indivíduo e da sociedade (Giubilei, 1993).

Segundo Neri (1996), os principais motivos que levam os idosos a procurarem as Universidades da Terceira Idade são a busca por conhecimentos, atualização cultural, autoconhecimento, autodesenvolvimento, contato social, ocupação do tempo livre e o desejo

de saber mais para poder ajudar outras pessoas na defesa de seus direitos. O estudo de Guerreiro (1993) revelou que a solidão é uma das razões para a procura pela Universidade, que oferece aos seus participantes a oportunidade de ampliação do círculo de amizades com um grupo específico de pessoas. Para Silva (1999), a motivação para engajamento é devido à necessidade de complementar a educação e atualizar-se, buscando suprir deficiências presumidas e melhorar a imagem social. Segundo Castro (1998), os principais motivos que levam os idosos às universidades da terceira idade são a busca por relacionamentos, convivência, atualização, troca de experiências, conhecimentos sobre velhice e o autoconhecimento.

Uma característica marcante das Universidades para a Terceira Idade é a predominância de mulheres, que representa a maioria da população total (Castro, 2004; Debert, 1999; Golstein, 1995). Segundo Debert (1999), esse fato pode estar relacionado às diferenças entre homens e mulheres quanto à representação da velhice e como esses indivíduos percebem as mudanças ocorridas no envelhecimento: as mulheres com mais interesse cultural, e os homens mais pela política.

A Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS) é um exemplo bem sucedido de programa de educação permanente voltado exclusivamente ao público idoso. A UNITI é um projeto de extensão, ensino e pesquisa, que funciona junto ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Esse programa iniciou suas atividades no primeiro semestre de 1991, estando, atualmente, no seu 16º ano de funcionamento. O grupo da UNITI é composto semestralmente, em média, por 150 pessoas da comunidade com sessenta anos ou mais, em sua grande maioria, mulheres idosas.

Para Castro (2004), o objetivo principal da UNITI é potencializar os recursos humanos constituídos pela faixa etária dos sessenta anos ou mais, viabilizando mudanças sociais que permitam ao idoso o direito de participar de acordo com seus próprios recursos. A dinâmica de trabalho apóia-se na própria capacidade dos participantes idosos nas suas necessidades específicas, dentro de uma filosofia que privilegia a autodescoberta. Na prática, trabalham-se os conceitos de plasticidade, mutualidade, resiliência, informalidade, colaboração, solidariedade, autodiagnóstico compartilhado, técnicas de experiência e mensuração conjunta de programas.

Dentro desse conceito, o Projeto UNITI vem contribuindo para o desenvolvimento pessoal e social do idoso, pois o incentiva a ter um estilo de vida mais saudável passível de maior adaptação e sobrevivência na sociedade atual, de acordo com as suas características de personalidade. De acordo com a teoria de Murray (Hall, Lindzey, & Campbell, 2000), a personalidade refere-se a uma série de eventos que abrangem toda a vida do indivíduo, refletindo elementos duradouros e recorrentes do comportamento, bem como elementos novos e únicos. Para ele, a personalidade seria o agente organizador ou governador do indivíduo.

A influência da personalidade ao longo do processo de envelhecimento ainda é alvo de muitas discussões. As primeiras pesquisas sugeriram que a personalidade se tornava mais rígida com o envelhecimento e que se desenvolvia muito pouco na velhice (Neugarten, Moore, & Lowe, 1965; Papalia & Olds, 2000; Tavares, 2005). Estudos posteriores sugeriram o contrário, que ocorreria uma estabilidade dos traços de personalidade ao longo da vida adulta e da velhice, assim, a personalidade não se tornaria mais rígida com o passar dos anos, mas permaneceria da mesma forma desde a vida adulta (Costa, Herbst, McCrae, & Siegler, 2000; Herbst, McCrae, Costa, Feaganes, & Siegler, 2000; McCrae & Costa, 1987; McCrae & Costa, 1994).

Por outro lado, alguns autores defendem a idéia de que diferenças entre coortes refletem na personalidade de idosos, sendo que pessoas de coortes mais recentes parecem apresentar maior flexibilidade do que as de coortes anteriores (Hilgard, Atkinson, & Atkinson, 1979; Ruth & Coleman, 1996; Schaie & Willis, 1991). Teorias atuais de personalidade indicam que, apesar da aparente estabilidade da personalidade na idade adulta, existe considerável potencial para mudança (Field & Millsap, 1991; Helson, Jones, & Kwan, 2002; Labouvie-Vief, Diehl, Tarnowski, & Shen, 2000; McAdams, 1995; Maiden, Peterson, Caya, & Hayslip, 2003).

Alguns estudos mostram que as dimensões de personalidade podem estar relacionadas aos índices de resiliência e bem-estar subjetivo (Ryff, 1991; Staudinger, Marsiske, & Baltes, 1993), bem como ao desencadeamento de sintomatologia depressiva (Costa, McCrae, & Zonderman, 1987; Costa et al., 2000; Diener & Diener, 1996; Martin, Valora, & Poon, 2002; Small, Herzog, Hultsch, & Dixon, 2003; Steunenbergh, Beekman, Deeg, & Kerkhof, 2006; Watson & Walker, 1996). O bem-estar tem sido considerado por alguns autores como sinônimo de qualidade de vida (Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2003).

Conforme o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Grupo WHOQOL, 1998), o conceito de qualidade de vida é definido como a percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida e no contexto de sua cultura e de acordo com os sistemas de valores da sociedade em que vive e em relação aos seus objetivos, às suas expectativas, aos seus padrões e às suas preocupações.

Segundo Trentini (2004), existe uma relação direta entre qualidade de vida e intensidade de sintomas depressivos. Dessa forma, o indivíduo, que avalia a sua qualidade de vida como negativa, apresenta significativamente mais sintomas depressivos comparando aos que têm

esperança, conforme alguns estudos, esses indivíduos apresentam melhores condições de saúde (Carpenito, 1995; Farran, Herth, & Popovich, 1995; Miller, 1985). Outros estudos também têm encontrado uma associação entre má qualidade de vida e depressão (Herman et al., 2002; Kuehner, 2002; Xavier et al., 2002).

Na velhice, os fatores que podem desencadear sintomatologia depressiva são a falta ou a perda de contatos sociais, história de depressão pregressa, viuvez, eventos de vida estressantes, institucionalização em casas asilares, baixa renda, insatisfação com o suporte social, isolamento social, ansiedade, falta de atividades sociais, nível educacional baixo e uso de medicação antidepressiva (Djernes, 2006; Papalia & Olds, 2000). Além disso, o estado de saúde física mais precário pode ser responsável pelo início e persistência de depressão (Argimon & Stein, 2005; Geerlings, Beekman, Deeg, & Vantilburg, 2000).

Conforme Jefferson e Greist (1999), a depressão pode ser evitada, ou mesmo minimizada, por meio do apoio que o indivíduo recebe pelas relações interpessoais. Papalia, Olds e Feldman (2006) reforçam a hipótese de que uma forte rede de amigos e de familiares pode ajudar os idosos a evitar ou a enfrentar a depressão. Determinados contextos afetivos de amizades ou vínculos de confiança, com cônjuge, parceiro ou amigo podem tanto desencadear quanto proteger os indivíduos contra o surgimento de sintomatologia depressiva.

O presente estudo examinou a relação entre o tempo de participação na Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS) e os aspectos de personalidade, depressão e qualidade de vida de idosas.

## **Metodologia**

### **Amostra**

A amostra foi composta por 103 idosas participantes da UNITI com idades entre 60 e 86 anos. As participantes tinham escolaridade mínima de sete anos de estudo, ou seja, 7ª série do Ensino Fundamental II. O processo de amostragem foi o de conveniência.

### **Instrumentos**

Os instrumentos utilizados foram os seguintes:

#### **1. Ficha de dados sociodemográficos**

A ficha de dados sociodemográficos incluiu as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda, situação de moradia, ano de aposentadoria, ocupação, ano de ingresso na UNITI, número de filhos, netos e bisnetos, atividades físicas realizadas, percepção de saúde e uso de medicação.

#### **2. Avaliação de Fatores de Personalidade**

Inventário Fatorial de Personalidade – IFP (Pasquali, Azevedo, & Ghesti, 1997).

É um inventário da personalidade objetivo, que avalia 15 necessidades ou motivos psicológicos (assistência, dominância, ordem, denegação, intracepção, desempenho, exibição, heterossexualidade, afago, mudança, persistência, agressão, deferência, autonomia e afiliação). O IFP é composto por 155 itens, que constituem afirmações, às quais o indivíduo deve responder, utilizando alternativas de uma escala do tipo Likert, composta de sete pontos. Os pontos da escala correspondem progressivamente de “1 = Nada Característico” até “7 = Totalmente característico”. Foi utilizada a versão do instrumento em português.

### **3. Percepção de Qualidade de Vida**

WHOQOL – bref (Fleck et al., 1999).

É uma versão abreviada do instrumento WHOQOL-100, que foi desenvolvido pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde. Este questionário baseia-se no pressuposto de que qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas. Esse instrumento avalia quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), incluindo questões de avaliação global de qualidade de vida. Essas últimas geram um escore global (chamado qualidade de vida geral), que também foi incluído na análise dos resultados. É composto por 26 questões. Foi utilizada a versão do instrumento em português.

### **4. Intensidade de Sintomas Depressivos**

Escala de Depressão Geriátrica – GDS (Sheikh & Yesavage, 1986).

A GDS é uma medida utilizada para o rastreamento de depressão em idosos, sendo um dos instrumentos mais frequentemente utilizado para este fim. A versão curta é composta por 15 perguntas em relação à escala original composta de 30 perguntas, apresentando respostas classificadas em sim ou não. O escore total da GDS, versão curta, é feito a partir do somatório das respostas assinaladas pelos examinandos nos 15 itens. O menor escore possível é zero, e o maior é 15. Foi utilizada a versão do instrumento em português.

### **Procedimentos para coleta dos dados**

Inicialmente, todas as idosas preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, a partir daí, foram convidadas a responder a respeito de informações sociodemográficas, fatores

de personalidade (Pasquali et al., 1997), aspectos de qualidade de vida (Fleck et al., 1999) e sintomatologia depressiva (Sheikh & Yesavage, 1986).

Os dados sócio-demográficos, do IFP, do WHOQOL-bref e da GDS foram obtidos por meio de auto-administração, contudo, um auxiliar de pesquisa (estudante de psicologia) sempre esteve à disposição das idosas para qualquer esclarecimento. A aplicação dos instrumentos foi feita em grupos de até 15 participantes.

O projeto foi devidamente examinado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil (nº 06/0309).

### **Procedimentos para análise dos dados**

A descrição das variáveis foi realizada pelas frequências absolutas e relativas, bem como média e desvio-padrão.

O Teste-t de *Student* foi utilizado para a comparação realizada entre os fatores do IFP, depressão (GDS), os domínios de qualidade de vida (WHOQOL-bref) e o tempo de participação na UNITI.

Foram consideradas significativas as associações com valores de  $p \leq 0,05$ .

Para análise dos dados, foi utilizado o programa SPSS para ambiente Windows, versão 13.0.

### **Resultados**

As características sociodemográficas da amostra em estudo são apresentadas na Tabela 1. A amostra contou com 103 mulheres idosas na faixa etária entre 60-86 anos, idade média de 69,2 ( $dp= 6,46$ ). O estado civil mais frequente entre as idosas foi o de viúva (44,7%), a escolaridade mais prevalente foi o ensino superior (40,8%) e a renda de 6 a 10 salários



mínimos foi a mais presente (38,8%). Quanto à situação de moradia predominou a moradia com a família (52,4%), a profissão de professora foi a ocupação anterior mais frequentemente citada (28,1%) e a aposentadoria foi a ocupação atual prevalente (73,8%). A percepção de saúde predominante foi a de saudável (81,6%), o uso de medicação (89,3%) e a realização de atividade física (74,8%) também foram bastante citadas entre as idosas. A maior parte das idosas (84,4%) participa da UNITI há mais de um ano.

Inserir Tabela 1.

Na Tabela 2, é possível observar os resultados da comparação entre os fatores do IFP, depressão (GDS), os domínios de qualidade de vida (WHOQOL-bref) e o tempo de participação na UNITI. Por meio do Teste-t de *Student*, foi possível verificar uma diferença estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) entre o tempo de participação e a variável depressão e qualidade de vida, mais especificamente nos domínios físico, psicológico e relacionamentos sociais, sendo que no domínio meio ambiente houve uma tendência à significância. Para todos os itens de qualidade de vida apontados obteve-se uma diferença estatisticamente significativa em relação ao tempo de participação, todos os escores se mostraram mais altos após um ano de participação na UNITI. Os sintomas depressivos foram menos pontuados por aquelas pessoas com maior tempo de participação no grupo. Para os fatores de personalidade avaliados não foram encontradas diferenças significativas em relação ao tempo de participação, entretanto houve uma tendência à significância no fator assistência, em que a média das idosas com tempo de participação superior a um ano foi mais alta.

Inserir Tabela 2.

## **Discussão dos resultados**

Embora não se possa estabelecer uma relação causal, o tempo de participação superior a um ano na UNITI parece ter exercido uma influência positiva na avaliação da sintomatologia depressiva e na percepção de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e relacionamentos sociais. Em concordância com o presente resultado, diversos estudos descrevem o impacto positivo que a participação em programas educacionais traz aos idosos, em relação à sua saúde física e mental, às suas atitudes e às relações sociais (Cachioni, 1998; Cox, 1991, Erbolato, 1996; Loures & Gomes, 2006; Scala, 1996; Silva, 1999). Para Goldstein (1995), esses programas dão ao indivíduo a oportunidade de obter suporte emocional, informacional e instrumental, podendo ter efeitos positivos no enfrentamento do estresse e, conseqüentemente, contribuiriam para a conquista de um envelhecimento bem-sucedido.

No presente estudo, não foram encontradas associações significativas entre os fatores de personalidade e o tempo de participação na UNITI. Esse resultado concorda com diversos estudos sobre a estabilidade dos aspectos de personalidade ao longo da vida e na velhice (Costa et al, 2000; Herbst et al., 2000; McCrae & Costa, 1987; McCrae & Costa, 1994). De acordo com esses autores, a personalidade na velhice permaneceria da mesma forma como sempre fora desde a vida adulta. O fator assistência apresentou uma tendência à significância em relação ao tempo de participação na UNITI, na qual a média das idosas com tempo de participação superior a um ano foi mais alta. Assim, a participação superior a um ano na UNITI levaria as idosas a terem mais sentimentos de piedade, compaixão e ternura. Também tenderiam a fornecer maior suporte emocional e consolo na tristeza, na doença e em outros infortúnios. Uma possível explicação para esse achado é a de que a UNITI incentiva a solidariedade entre os idosos. Os mesmos são estimulados a desenvolver trabalhos solidários

em diferentes comunidades necessitadas, constituindo-se, assim, o grupo da UNITI como um espaço que privilegia a troca, a colaboração e a solidariedade entre os indivíduos.

De maneira geral, as idosas participantes da UNITI apresentaram escores que indicaram ausência de sintomatologia depressiva. No entanto, as participantes com tempo de participação na UNITI superior a um ano mostraram uma menor intensidade de sintomas depressivos em relação àquelas com tempo de participação igual ou inferior a um ano. Loures e Gomes (2006) defendem, da mesma maneira, que a participação na Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Católica de Goiás (UNATI-UCG) ajudou a diminuir a prevalência de depressão. Para as autoras, o convívio entre os próprios participantes com seus colegas e/ou com seus professores fez com que eles se sentissem menos abandonados, com menos solidão e menos desprezados.

Uma outra possibilidade de explicação para a associação entre ausência de sintomatologia depressiva e participação na UNITI estaria nas características sociodemográficas da amostra estudada. A amostra foi composta, em sua maioria, por idosas com nível de escolaridade elevado. Assim, essa característica poderia explicar o baixo escore total na Escala de Depressão Geriátrica. Alguns estudos têm encontrado uma relação entre nível de escolaridade e intensidade de sintomatologia depressiva (Cacciatore, 1998; Leite, Carvalho, Barreto, & Falcão, 2006; Trentini, Xavier, Chachamovich, Hirakata, & Fleck, 2005). Segundo Trentini et al. (2005), essa associação ocorreria de forma inversa: quanto maior a escolaridade menor a intensidade de sintomas psicológicos (cognitivos) ou de somatizações (somáticos). Assim, a escolaridade poderia exercer um papel protetor para sintomas depressivos ou para sua expressão (Argimon & Stein, 2005).

As idosas, com tempo de participação na UNITI superior a um ano, mostraram melhores escores nos domínios físico, psicológico e relacionamentos sociais. Outros estudos encontraram, da mesma maneira, melhoras nas áreas pessoal, intelectual, social, afetiva e no estado de saúde com a participação em Universidades da Terceira Idade (Cachioni, 1998; Erbolato, 1996; Goldstein, 1995). Segundo Cachioni (1998), a participação das alunas na Universidade da Terceira Idade de São Francisco levou-as a se sentirem socialmente mais valorizadas e mais respeitadas, refletindo em maior autoconfiança e auto-eficácia, no âmbito cognitivo e de produtividade. Da mesma maneira, Erbolato (1996) verificou que a participação na Universidade da Terceira Idade da PUC-Campinas trouxe benefícios nas áreas pessoal, intelectual e social, que resultaram em mudanças positivas nas concepções de envelhecimento, nos cuidados com a saúde, na rotina de vida, no enfrentamento de problemas, no relacionamento com os amigos e na autopercepção dos alunos.

Uma das hipóteses propostas a respeito da referida associação é a de que, de um modo geral, nas Universidades para a Terceira Idade, os idosos são incentivados a conquistar, a manter e a preservar a autonomia, uma boa qualidade de vida e a independência. O indivíduo idoso sente-se valorizado e estimulado a conquistar um novo sentido de vida, a adquirir novas informações e a ampliar conhecimentos. Assim, as atividades grupais com pessoas da mesma geração parecem favorecer a boa qualidade de vida porque possibilita a vivência e a construção de significados comuns, a conquista de novas amizades e a obtenção de suporte social, ajudando os idosos a funcionar em condições normais e sob estresse. Da mesma maneira, Goldstein (1995) defende a idéia de que esses programas facilitam aos idosos a obtenção de suporte emocional, informacional e instrumental, tendo importantes efeitos no enfrentamento do estresse. Além disso, as informações e aprendizagens obtidas aumentam os recursos pessoais, como a auto-eficácia, habilidades sociais e também de solucionar

problemas. Neri e Cachioni (1999) sugerem que existe uma relação entre participação em iniciativas educacionais e implementação da atividade, da satisfação, da saúde percebida e das habilidades cognitivas entre os alunos idosos, embora não se possa afirmar que a ida à universidade seja a causa desse envelhecer bem.

Foram limitações deste estudo as características homogêneas e muito específicas desse grupo de idosas, como alta escolaridade e renda, que talvez não espelhe a realidade de outros grupos de idosos, bem como o fato da amostra ter sido realizada por conveniência. É provável que os idosos que participam desses programas tenham características diferentes daqueles que não participam.

Outros estudos são sugeridos a fim de explorar a associação entre qualidade de vida, sintomas depressivos e tempo de participação em uma Universidade para a Terceira Idade. Além disso, há escassez na literatura sobre os efeitos resultantes da participação de idosos nesses programas.

### **Considerações Finais**

O tempo de participação na UNITI superior a um ano apontou para uma associação entre menor intensidade de sintomas depressivos e melhor percepção de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e relacionamentos sociais.

Outros estudos são sugeridos a fim de confirmar ou levantar outras hipóteses a respeito de quais variáveis podem estar relacionadas à participação em uma Universidade para a Terceira Idade. Este e futuros achados poderão auxiliar no desenvolvimento de Políticas Educacionais que resultem em programas voltados ao público idoso.

## Referências

- Argimon, I. L., & Stein, L. M. (2005). Habilidades Cognitivas em Indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (1), 64-72.
- Cacciatore, F. (1998). Morbidity patterns in aged population in Southern Italy: A survey sampling. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 26 (3), 201-213.
- Cachioni, M. (1998). *Envelhecimento bem-sucedido e a participação numa universidade para a terceira idade: A experiência dos alunos da Universidade São Francisco*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Carpenito, L. J. (1995). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. New York: Lippincott.
- Castro, O. P. (1998). O processo grupal, a subjetividade e a ressignificação da velhice. In O. P. Castro (Org.), *Velhice que idade é esta? Uma construção psicossocial do envelhecimento* (pp. 35-55). Porto Alegre, RS: Síntese.
- Castro, O. P. (2004). Vivendo em seu Corpo: Uma Questão de Consciência e de Criatividade. In O. P. Castro (Org.), *Envelhecer: revisitando o Corpo* (pp. 13-30). Sapucaia do Sul, RS: Notadez.
- Costa, P. T., Herbst, J. H., McCrae, R. R., & Siegler, I. C. (2000). Personality at midlife: stability, intrinsic maturation and response to life events. *Assessment*, 7 (4), 365-378.
- Costa, P. T., McCrae R. R., & Zonderman, A. B. (1987). Environmental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of American national sample. *British Journal of Psychology*, 78 (3), 299-306.
- Cox, C. (1991). Why older adults leave the university: a comparison of continuing and noncontinuing students. *Educational Gerontology*, 17 (1), 1-10.

Debert, G. G. (1999). *A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7 (3), 181-185.

Djernes, J. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (5), 372-387.

Erbolato, R. M. P. L. (1996). *Universidade da terceira idade: Avaliação e perspectivas de alunos e ex-alunos*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.

Farran, C. J., Herth, K. A., & Popovich, J. M. (1995). *Hope and hopelessness: Critical clinical constructs*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Field, D., & Millsap, R. E. (1991). Personality in advanced old age: Continuity or change? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46 (6), 299-308.

Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL -100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), 19-28.

Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6), 793-799.

Geerlings, S. W., Beekman, A. T., Deeg, D. J. U., & Vantilburg, W. (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: An eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, 30 (2), 369-380.

Giubilei, S. (1993). *Trabalhando com adultos, formando professores*. Tese de Doutorado. Não-Publicada, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Goldstein, L. L. (1995). *Estresse, enfrentamento e satisfação de vida entre idosos: Um estudo do envelhecimento bem-sucedido*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Guerreiro, P. (1993). *A Universidade para a Terceira Idade da PUCCAMP e a experiência de envelhecimento*. Monografia de graduação Não-Publicada, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da Personalidade*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul.

Helson, R., Jones, C. J., & Kwan, V. S. Y. (2002). Personality change over 40 years of adulthood: HLM analyses of two longitudinal samples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (3), 752-766.

Herbst, J. H., McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr., Feaganes, J. R., & Siegler, I. C. (2000). Self-perceptions of stability and change in personality at midlife: The UNC alumni heart study. *Assessment*, 7 (4), 379-388.

Herman, H., Patrick, D. L., Diehr, P., Martin, M. L., Fleck, M., Simon, G. E., & Buesching, D. P. (2002). Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychological medicine*, 32 (5), 889-902.

Hilgard, E. R., Atkinson, R. L., & Atkinson, R. C. (1979). *Introduction to Psychology*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Jefferson, J. W., & Greist, J. H. (1999). *Depression and antidepressants: A guide*. Middleton, WI: Dean Foundation for Health.

Kuehner, C. (2002). Subjective quality of life: Validity issues with depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (11), 62-70.



- Labouvie-Vief, G., Diehl, M., Tarnowski, A., & Shen, J. (2000). Age differences in adult personality: Findings from the United States and China. *Journal of Gerontology, 55* (1), 4-17.
- Leite, V. M. M., Carvalho, E. M. F. C., Barreto, K. M. L., & Falcão, I. V. (2006). Depressão e envelhecimento: Estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 6* (1), 31-8.
- Loures, M. C., & Gomes, L. (2006). Prevalência da depressão entre os alunos da universidade aberta à terceira idade, Universidade Católica de Goiás no início e no término de seu curso. In V. P. Faleiros, & A. M. L. Loureiro (Eds.), *Desafios do envelhecimento: Vez, sentido e voz* (pp. 139-158). Brasília, DF: Universa.
- Maiden, R. J., Peterson, A. S., Caya, M., & Hayslip Jr., B. (2003). Personality Changes in the Old-Old: A Longitudinal Study. *Journal of Adult Development, 10* (1), 31-39.
- Martin, P., Valora, L. M., & Poon, L. W. (2002). Age change and differences in personality traits and states of the old and very old. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 57*, 144-152.
- McAdams, D. P. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality, 63* (33), 365-96.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1987). Validation of five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology, 52* (1), 81-90.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1994). The stability of personality: Observations and evaluations. *Current Directions in Psychological Science, 3* (6), 173-175.
- Miller, J. F. (1985). Hope doesn't necessarily spring eternal: sometimes it has to be carefully mined and channeled. *American Journal of Nursing, 85* (1), 23-25.

- Neri, A. L. (1996). Coping strategies, subjective well-being and successful aging. Evidences from research with mature and aged adults involved in an educational experience in Brasil. *In Proceedings of the 14th Conference of the ISSBD* (p. 10-14). Québec, Canadá.
- Neri, A. L., & Cachioni, M. (1999). Velhice bem-sucedida e educação. In A. L. Neri, & G. G. Debert (Orgs.). *Velhice e Sociedade* (pp.113-140). Campinas, SP: Papirus.
- Neugarten, B. L., Moore, J. W., & Lowe, J. (1965). Age norms, age constraints, and adult socialization. *American Journal of Sociology*, 70, 710-717.
- Palma, L. T. S. (2000). *Educação permanente e qualidade de vida: indicativos para uma velhice bem-sucedida*. Passo Fundo: UPF Editora.
- Papalia, D. E., & Olds, S.W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Pasquali, L., Azevedo, M. M., & Ghesti, I. (1997). *Inventário Fatorial de Personalidade: Manual técnico e de avaliação*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Ruth, J. E., & Coleman, P. (1996). Personality and aging: Coping and management of the self in later life. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of aging* (pp. 308-322). San Diego, CA: Academic Press.
- Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons. *Psychology and Aging*, 6 (2), 286-295.
- Scala, M. A. (1996). Going back to school: participation motives and experience of older adults in an undergraduate classroom. *Educational Gerontology*, 22 (8), 747-773.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (1991). Adult personality and psychomotor performance: Cross-sectional and longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 46 (6), 257-84.

Sheikh, J.I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5, 165-173.

Silva, F. P. (1999). *Motivos para freqüentar universidade da terceira idade, crenças em relação à velhice e bem-estar subjetivo*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Small, B. J., Herzog, C. H., Hultsch, D. F., & Dixon, R. A. (2003). Stability and change in adult personality over 6 years: findings from the Victoria Longitudinal Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58 (3), 166-176.

Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and Psychology*, 5 (4), 541-566.

Steunenberg, B., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & Kerkhof, A. J. F. M. (2006). Personality and the onset of depression in late life. *Journal of Affective Disorders*, 92 (2-3), 243-251.

Tavares, A. (2005). *Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

The WHOQOL group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46 (12), 1569-1585.

Trentini, C.M. (2004). *Qualidade de vida em idosos*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Trentini, C. M., Xavier, F. M. F., Chachamovich, E., Rocha, N. S., Hirakata, V. N., & Fleck, M. P. A. (2005). A influência dos sintomas somáticos no desempenho dos idosos no Inventário de Depressão de Beck (BDI). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (2), 119-123.

Watson, D., & Walker, L.M. (1996). The long-term stability and predictive validity of trait measures of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (3), 567-577.

Xavier, F. M., Ferraz, M. P., Argimon, I., Trentini, C. M., Poyares, D., Bertollucci, P. H., Bisol, L. W., & Moriguchi, E. H. (2002). The DSM-IV 'minor depression' disorder in the oldest-old: prevalence rate, sleep patterns, memory function and quality of life in elderly people of Italian descent in Southern Brazil. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (2), 107-116.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas da amostra em estudo (n=103).

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
<i>Feminino</i>	103	100
<b>Idade (média; dp)</b>	69,2 (6.46)	
<b>Estado civil</b>		
<i>Solteira</i>	5	4,9
<i>Casada/com companheiro</i>	32	31,0
<i>Viúva</i>	46	44,7
<i>Separada/divorciada/sem companheiro</i>	20	19,4
<b>Escolaridade</b>		
<i>Ensino Fundamental</i>	21	20,4
<i>Ensino Médio</i>	40	38,8
<i>Ensino Superior</i>	42	40,8
<b>Renda</b>		
<i>1 a 5 salários mínimos</i>	22	21,3
<i>6 a 10 salários mínimos</i>	40	38,8
<i>11 a 15 salários mínimos</i>	22	21,4
<i>16 a 20 salários mínimos</i>	7	6,8
<i>mais de 20 salários mínimos</i>	12	11,7
<b>Situação moradia</b>		
<i>Morando sozinha</i>	49	47,6
<i>Morando com a família</i>	54	52,4
<b>Ocupação anterior</b>		
<i>Professora</i>	29	28,1
<i>Funcionária pública</i>	21	20,4
<i>Do lar</i>	15	14,6
<i>Comerciante</i>	7	6,8
<i>Secretária</i>	7	6,8
<i>Auxiliar de Enfermagem</i>	3	2,9
<i>Outras</i>	21	20,4
<b>Ocupação atual</b>		
<i>Aposentada</i>	76	73,8
<i>Do lar</i>	20	19,4
<i>Outra</i>	7	6,8
<b>Percepção de Saúde</b>		
<i>Saudável</i>	84	81,6
<i>Doente</i>	2	1,9
<i>Nem saudável e nem doente</i>	17	16,5
<b>Uso de medicação</b>		
<i>Sim</i>	92	89,3
<i>Não</i>	11	10,7
<b>Realiza atividade física</b>		
<i>Sim</i>	77	74,8
<i>Não</i>	26	25,2
<b>Tempo de participação na UNITI</b>		
<i>Mais de um ano</i>	87	84,4
<i>Menos de um ano</i>	16	15,6

**Tabela 2.** Comparação entre os fatores do IFP, a variável depressão (GDS), os domínios de qualidade de vida (WHOOL-bref) e o tempo de participação no Projeto (n=103).

Variáveis	Tempo de Participação no Projeto		p
	Menor ou igual a 1 ano (n=16)	Mais de 1 ano (n=87)	
<b>Fatores do IFP</b>			
Assistência	46,62	52,50	0,064
Intrapeção	45,00	44,63	0,863
Afago	43,81	46,21	0,497
Deferência	49,88	50,83	0,588
Afiliação	51,38	55,74	0,091
Dominância	32,50	29,90	0,273
Denegação	39,12	37,77	0,476
Desempenho	47,56	47,09	0,818
Exibição	29,69	28,41	0,582
Agressão	27,25	24,09	0,124
Ordem	50,38	50,13	0,915
Persistência	43,69	46,31	0,272
Mudança	45,56	48,14	0,201
Autonomia	44,94	45,06	0,946
<b>GDS</b>	4,06	2,39	0,011*
<b>QV</b>			
Domínio Físico	64,50	72,29	0,046*
Domínio Psicológico	57,55	64,22	0,017*
Domínio Relacionamentos Sociais	60,94	70,21	0,040*
Domínio Meio Ambiente	69,53	75,29	0,062
QV Geral	72,66	76,14	0,427

p ≤ 0,05

### 3 CONCLUSÕES

A partir dos achados do presente estudo sobre a relação entre aspectos de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas e o tempo de participação na UNITI, pode-se concluir que:

- O grupo de idosas investigadas apresentou, de modo geral, características medianas para todos os fatores de personalidade, tendo como dimensões mais referidas a alta deferência e baixa agressão;
- A análise de *clusters* para os fatores do IFP mostrou a presença de dois grupos com características distintas de personalidade: um grupo mais preocupado com os outros, mais deferente, organizado, persistente e interativo, e outro mais voltado para si, menos interativo e pouco dominante. Tais grupos diferiram quanto à intensidade de sintomatologia depressiva, embora ambos apresentaram escores dentro da normalidade. O grupo com características mais voltadas para os outros apresentou maior intensidade de sintomas depressivos;
- A depressão não se mostrou como uma característica do grupo estudado, já que a média geral na GDS indicou escores sugestivos de ausência de sintomatologia depressiva;
- O tempo de participação na UNITI, superior a um ano, está associado a uma melhor percepção de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e relacionamentos sociais e a menor intensidade de sintomas depressivos entre as idosas participantes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hall CS, Lindzey G, Campbell JB. Teorias da Personalidade. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
2. Neri AL. Palavras-chave em Gerontologia. São Paulo: Alínea; 2005.
3. Bogg T, Roberts BW. Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychol Bull.* 2005;130: 887-919.
4. Landi F, Cesari M, Onder G, Lattanzio F, Gravina EM, Bernabei R. Physical activity and mortality in frail, community-living elderly patients. *J Gerontol Med Sci.* 2004;59: 833-7.
5. Barnes LL, Mendes de Leon CF, Wilson RS, Bienias JL, Evans DA. Social resources and cognitive decline in a population of older African Americans and whites. *Neurology* 2004;63:2322-6.
6. Mendes de Leon CF, Glass TA, Berkman LF. Social engagement and disability in a community population of older adults: the New Haven EPESE. *Am J Epidemiol.* 2003;157:633-42.
7. Wilson RS, Bennett DA, Bienias JL, Aggarwal NT, Mendes de Leon CF, Morris MC, Schneider JA, Evans DA. Cognitive activity and incident AD in population-based sample of older persons. *Neurology* 2002;59:1910-4.
8. Wilson RS, Krueger KR, Gu L, Bienias JL, Mendes de Leon CF, Evans DA. Neuroticism, Extraversion, and Mortality in a Defined Population of Older Persons. *Psychosom Med.* 2005;67:841-45.
9. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
10. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento Humano. Porto Alegre: Artmed; 2006.
11. Neri AL. Apresentação. In: Neri AL, Yassuda MS, organizadores. *Velhice bem-sucedida.* Campinas: Papirus; 2004. p. 7-12.



12. Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. São Paulo: Alínea; 2001.
13. Freire AS. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: Neri AL, Freire AS, organizadoras. E por falar em boa velhice. Campinas: Papirus; 2000. p. 21-31.
14. Palma LTS. Educação permanente e qualidade de vida. Passo Fundo: UPF; 2000.
15. Neri AL, Cachioni M. Velhice bem-sucedida e educação. In: Neri AL, Debert GG, organizadoras. Velhice e sociedade. Campinas, SP: Papirus; 1999. p.113-40.
16. Giubilei S. Trabalhando com adultos, formando professores [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1993.
17. Castro OP. Vivendo em seu corpo: uma questão de consciência e de criatividade. In: Castro OP (organizadora). Envelhecer: revisitando o corpo. Sapucaia do Sul: Notadez; 2004. p. 13-30.
18. Cachioni M, Neri AL. Educação e velhice bem-sucedida no contexto das universidades da terceira idade. In: Neri AL, Yassuda MS (organizadoras). Velhice bem-sucedida. Campinas, SP: Papirus; 2004. p. 29-49.
19. Neri AL. Coping strategies, subjective well-being and successful aging. Evidences from research with mature and aged adults involved in an educational experience in Brasil. In: Proceedings of the 14<sup>th</sup> Conference of the ISSBD. Québec: Canadá; 1996. p. 10-14.
20. Castro, OP. O Processo grupal, a subjetividade e a ressignificação da velhice. In: Castro OP (organizadora). Velhice que idade é esta? Uma construção psicossocial do envelhecimento. Porto Alegre: Síntese, 1998. p. 35-55.
21. Silva FP. Crenças em relação à velhice: bem-estar subjetivo e motivos para freqüentar universidade da terceira idade [dissertação]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 1999.
22. Guerreiro P. A Universidade para a terceira idade da PUCAMP [monografia de graduação]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 1993.
23. Goldstein LL. (1995). Estresse, enfrentamento e satisfação de vida entre idosos: um estudo do envelhecimento bem-sucedido [tese]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 1995.

24. Debert GG. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1999.
25. Martin JA, Smith BL, Mathews TJ, Ventura SJ. Births and deaths: Preliminary data for 1998. Natl Vital Stat Rep. 1999; 47: 1-45.
26. IBGE. Censo Demográfico 2000. Resultado do Universo [CD-ROM]; 2002.
27. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
28. Hilgard ER, Atkinson RL, Atkinson RC. Introduction to psychology. New York: Harcourt Brace Jovanovich; 1979.
29. Papalia DE, Olds SW. Desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
30. Tavares A. Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
31. Neugarten BL, Moore JW, Lowe J. Age norms, age constraints, and adult socialization. Am J. Sociol. 1965; 70: 710-7.
32. McCrae RR, Costa Jr. PT. Validation of five-factor model of personality across instruments and observers. J Pers Soc Psychol. 1987; 52, 81-90.
33. McCrae RR, Costa Jr. PT. The stability of personality: observations and evaluations. Curr Dir in Psychol Sci. 1994; 3 : 173-5.
34. Herbst JH, McCrae RR, Costa PT Jr., Feaganes JR, Siegler IC. Self-perceptions of stability and change in personality at midlife: the UNC alumni heart study. Assessment. 2000; 7: 379-388.
35. Costa PT, Herbst JH, McCrae RR & Siegler IC. Personality at midlife: Stability, intrinsic maturation and response to life events. Assessment. 2000; 7: 365-378.
36. Schaie KW, Willis SL. Adult personality and psychomotor performance: cross-sectional and longitudinal analysis. J Gerontol. 1991; 46: 257-84.

37. Ruth JE, Coleman P. Personality and aging: Coping and management of the self in later life. In: Birren JE, Schaie KW (publishers). Handbook of the psychology of aging. San Diego: Academic Press;1996.
38. McAdams DP. What do we know when we know a person? *J Pers.* 1995; 63: 365-396.
39. Maiden RJ, Peterson AS, Caya M, Hayslip Jr. B. Personality changes in the old-old: a longitudinal study. *J Adult Dev.* 2003;10: 31-9.
40. Field D, Millsap RE. Personality in advanced old age: continuity or change? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1991; 46: 299-308.
41. Labouvie-Vief G, Diehl M, Tarnowski A, Shen J. Age differences in adult personality: findings from the United States and China. *J Gerontol.* 2000; 1: 4-17.
42. Helson R, Jones CJ, Kwan VSY. Personality change over 40 years of adulthood: HLM analyses of two longitudinal samples. *J Pers Soc Psychol.* 2002; 83: 752-66.
43. Schaie K, Willis SL. Adult development and aging. New York: Harpers and Collins; 1996.
44. The WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998; 46: 1569-85.
45. Neri AL. Qualidade madura no atendimento domiciliário. In: Duarte YAO, Diogo, MJD (organizadores). Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.33-47.
46. Lawton MP. A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In Birren JE, Lubben JE, Rowe JC, Deutchmann DE (publishers). The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. San Diego, CA: Academic Press; 1991. p. 3-27.
47. Lawton MP. Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist.* 1983; 23: 349-355.
48. Neri AL. Qualidade de vida na velhice. In: Rebelatto JR, Morelli JRS (organizadores). Fisioterapia geriátrica. São Paulo: Manole; 2003. p. 9-34
49. Trentini CM. Qualidade de vida em idosos [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.

50. Herrman H, Patrick DL, Diehr P, Martin ML, Fleck M, Simon GE, Buesching DP. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychol med.* 2002; 32: 889-902.
51. Kuehner C. Subjective quality of life: validity issues with depressed patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2002; 106: 62-70.
52. Xavier FM, Ferraz MP, Argimon I, Trentini CM, Poyares D, Bertollucci PH, Bisol LW, Moriguchi EH. The DSM-IV 'minor depression' disorder in the oldest-old: prevalence rate, sleep patterns, memory function and quality of life in elderly people of Italian descent in Southern Brazil. *Int J Geriatric Psychiatry.* 2002; 17: 107-16.
53. Gordilho A. Depressão, Ansiedade outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni, ML, Rocha SM (organizadores). *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Koogan; 2002. p. 204-15.
54. Batistioni SST. Depressão. In: Neri AL. *Palavras-chave em gerontologia.* Campinas, SP: Alínea; 2005. p. 59-61.
55. Veras RP, Coutinho ESF. Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 1991; 25: 209-17.
56. Frank MH, Rodrigues NL. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll, J, Gorzoni, ML (organizadores). *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Koogan; 2006. p. 376-86.
57. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 113: 372-87.
58. Argimon IL, Stein LM. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21: 64-72.
59. Geerlings SW, Beekman AT, Deeg DJU, Vantilburg W. Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychol Méd.* 2000, 30, 369-80.
60. Beekman ATF, Pennin BWJH, Deeg DJH, Ormel J, Braam AW, Tilburg W. Depression and physical health in later life: results from the longitudinal aging Amsterdam (LASA). *J Affect Disord.* 1997; 46: 216-31.

61. Martin P, Valora Long M, Poon LW. Age change and differences in personality traits and states of the old and very old. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2002; 57: 144-52.
62. Small BJ, Herzog CH, Hultsch DF, Dixon RA. Stability and change in adult personality over 6 years: findings from the Victoria Longitudinal Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2003; 58: 166-76.
63. Watson D, Walker LM. The long-term stability and predictive validity of trait measures of affect. *J Pers Soc Psychol.* 1996; 70: 567-77.
64. Steunenberg B, Beekman ATF, Deeg DJH, Kerkhof AJFM. Personality and the onset of depression in late life. *J Affect Disord.* 2006; 92: 243-51.
65. Enns MW, Cox BJ. Personality dimensions and depression: Review and commentary. *Canadian. J Psychiatry.* 1997; 42: 274-84.
66. Katona C, Livingston G, Manela M, Leek C, Mullan E, Orrell M et al. The symptomatology of depression in the elderly. *Int Clin Psychopharmacol.* 1997;12 Suppl 7: S19-23.
67. Jefferson JW, Greist JH. *Depression and antidepressants: a guide.* Middleton, WI: Dean Foundation for Health; 1999.
68. Antonucci TC, Lansford JE, Akiyama H. Differences between men and women in social relations, resource deficits, and depressive symptomatology during later life in four nations. *J Soc Issues.* 2002; 58: 767-83.
69. Glass TA, Leon CFM, Bassuk, SS, Berkman LF. Social engagement and depressive symptoms in late life longitudinal findings. *J Aging Health.* 2006; 18: 604-28.
70. Murphy E. Social origins of depression in old age. *Br J Psychiatry.* 1982; 141: 135-42.

**ANEXOS**

## **ANEXO 1**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### **Pesquisa: Dimensões de Personalidade, Qualidade de Vida e Depressão em Idosas da Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS)**

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre aspectos de personalidade, depressão e qualidade de vida em idosas de um Projeto de Educação Permanente. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante algumas horas para responder a quatro questionários. Serão feitas algumas perguntas sobre diferentes aspectos de sua personalidade e de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, seu estado psicológico, sua relação com amigos e familiares, seu meio ambiente.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais, talvez apenas a lembrança de alguns eventos diante das temáticas que serão abordadas. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece risco à sua dignidade.

Gostaríamos de deixar claro que a senhora tem toda a liberdade para interromper o questionário se desejar ou negar-se a responder, caso a senhora não esteja de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pela senhora são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de 100 pessoas.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la.

Eu,.....fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do procedimento da pesquisa e esclareci minhas dúvidas.

Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. A Psicóloga Tatiana Quarti Irigaray certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa.

Fui informada que, caso existirem danos à minha saúde, causados diretamente pela pesquisa, terei direito a tratamento médico e indenização conforme estabelece a lei. Também sei que, caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar a Psicóloga Tatiana Quarti Irigaray no telefone (51) 81415998 para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicada pela minha participação, posso chamar o Dr. Rodolfo Herberto Schneider no telefone (51) 33368153.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Compromisso.

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2006.

Nome da Entrevistada: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2006.

Nome da Pesquisadora: Tatiana Quarti Irigaray

Assinatura: \_\_\_\_\_



## **ANEXO 2**

### **INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS**

Nome: \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Estado civil atual:

- 1. Solteira (nunca casou)
- 2. Casada ou com companheiro
- 3. Separada/Divorciada (sem companheiro atual)
- 4. Viúva

3. Mais alto nível de escolaridade alcançado:

- 1. Ensino fundamental incompleto
  - 2. Ensino fundamental completo
  - 3. Ensino médio incompleto
  - 4. Ensino médio completo
  - 5. Curso superior incompleto
  - 6. Curso superior completo
  - 8. Pós-Graduação
  - 9. Outra: Por favor, especifique
- \_\_\_\_\_

4. Número de anos de escolaridade: \_\_\_\_\_

5. Situação de moradia:

- 1. Morando na sua casa (com a família ou companheiro)
  - 2. Morando com sua família, mas não na sua própria casa
  - 3. Morando na sua casa (sozinha)
  - 4. Outro (por favor, dê detalhes abaixo)
- \_\_\_\_\_

6. Qual era a sua ocupação anterior?

\_\_\_\_\_

7. Por favor, assinale qualquer das alternativas abaixo que melhor se aplique a você.

- 1. Está empregada em tempo integral
- 2. Está empregada em tempo parcial (um turno)
- 3. Está eventualmente empregada
- 4. É trabalhadora autônoma
- 5. Está aposentada
- 6. É do lar
- 7. Realiza trabalho voluntário

8. Qual a sua renda familiar?

- 1 a 3 salários mínimos
- 3 a 5 salários mínimos
- 6 a 10 salários mínimos
- 11 a 15 salários mínimos
- 16 a 20 salários mínimos
- mais de 20 salários mínimos

9. Em comparação a outras pessoas da sua idade, como você classificaria a sua situação financeira e bens (posses)?

- 1. Bem acima da média
- 2. Levemente acima da média
- 3. Na média
- 4. Levemente abaixo da média
- 5. Bem abaixo da média

10. Sobre seu relacionamento com o seu companheiro:

- 1. Eu não tenho companheiro
- 2. Eu não tenho relacionamento íntimo e próximo
- 3. Raramente íntimo e próximo
- 4. Algumas vezes íntimo e próximo
- 5. Muito íntimo e próximo

11. Quantos filhos você tem? \_\_\_\_\_

12. Quão satisfeita você está com seu relacionamento com os seus filhos?

- 1. Muito satisfeita
- 2. Satisfeita
- 3. Nem satisfeita e nem insatisfeita
- 4. Insatisfeita
- 5. Muito insatisfeita
- 6. Não se aplica

13. Quantos netos você tem? \_\_\_\_\_

14. Quão satisfeita você está com o seu relacionamento com os seus netos?

- 1. Muito satisfeita
- 2. Satisfeita
- 3. Nem satisfeita e nem insatisfeita
- 4. Insatisfeita
- 5. Muito insatisfeita
- 6. Não se aplica

15. Quantos bisnetos você tem? \_\_\_\_\_

16. Quão satisfeita você está com o seu relacionamento com os seus bisnetos?

- 1. Muito satisfeita
- 2. Satisfeita
- 3. Nem satisfeita e nem insatisfeita
- 4. Insatisfeita
- 5. Muito insatisfeita
- 6. Não se aplica

17. De um modo geral, você se considera uma pessoa saudável ou doente:

- 1. Saudável
- 2. Doente
- 3. Nem um nem outro

18. Caso você tenha um problema de saúde, você usa medicação em função dele?

- 1. Sim
- 2. Não
- 3. Não se aplica

19. Você usa algum remédio complementar (por ex., vitaminas, ou outras substâncias não prescritas por um médico)?

- 1. Sim
- 2. Não

20. Você fuma cigarros?

- 1. Fumante
  - 1a. Quantos por semana: \_\_\_\_\_
  - 2a. Há quanto tempo você deixou de fumar? \_\_\_\_ anos
- 2. Ex-fumante
- 3. Nunca fumou

21. Quão freqüentemente você consome bebida alcoólica?

- 1. Diariamente
- 2. Muitas vezes na semana
- 3. Aproximadamente uma vez por semana
- 4. Aproximadamente duas vezes por mês
- 5. Uma vez por mês ou menos
- 6. Nunca

22. Quantos copos de bebida alcoólica consome nos dias em que bebe?

- 1 ou 2
- 3 ou 4
- 5 ou 6
- 7 a 9
- 10 ou mais
- Não se aplica

23. Que tipo de bebida alcoólica você consome quando bebe?

- 1. Vinho
- 2. Cerveja
- 3. Cachaça
- 4. Outro (por favor, dê detalhes) \_\_\_\_\_

24. Semestre e ano de ingresso na UNITI: \_\_\_\_\_

25. O que significa para você estar na UNITI?

---

---

26. Quais as razões que você encontra para permanecer na UNITI?

---

---

27. Em relação à sua satisfação com a UNITI você está:

- 1. Muito satisfeita
- 2. Satisfeita
- 3. Nem satisfeita e nem insatisfeita
- 4. Insatisfeita
- 5. Muito insatisfeita
- 6. Não se aplica

28. A UNITI auxilia na melhora do seu humor?

- 1. Nada
- 2. Muito pouco
- 3. Médio
- 4. Muito
- 5. Completamente

29. Liste três aspectos/maneiras nos quais a UNITI a beneficia?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

30. O que mudou depois que veio para a UNITI? Por favor, descreva.

---

---

31. Liste três características suas antes de entrar para a UNITI e outras três que surgiram depois que entrou para a UNITI:

Características antes de entrar na UNITI:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Características depois que entrou na UNITI:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

32. Você realiza algum tipo de atividade física?

1. Sim       2. Não

33. Se sim, qual: \_\_\_\_\_

34. Como você descreveria a sua personalidade? Por favor, descreva-a.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

35. O que é qualidade de vida para você?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

36. O que é importante para qualidade de vida?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

37. O que prejudica seu bem-estar?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

38. O que melhoraria sua qualidade de vida?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A Sr<sup>a</sup> poderia nos fornecer um telefone para contato? \_\_\_\_\_

**Obrigada por completar este formulário!**

## ANEXO 3

### WHOQOL – bref

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
GENEBRA

Versão em Português

#### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**



## ANEXO 4

### **Escala de Depressão Geriátrica (GDS - 15)**

(material elaborado para fins de pesquisa)

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

## **ANEXO 5**

### **Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício 451/06-CEP

Porto Alegre, 02 de maio de 2006.

Senhor(a) Pesquisador(a)

O comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 06/0309, intitulado: "Traços de personalidade, depressão e qualidade de vida em idosas de um projeto de educação permanente".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Relatórios parcial e final da pesquisa deve ser encaminhado a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Goldim  
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)  
Mest Tatiana Quarti Irigaray  
N/Universidade

## **ANEXO 6**

### **Instruções aos Autores**

## **Journal of Aging & Mental Health**

### **Instructions to Authors**

**\*\*\*Note to Authors:** please make sure your contact address information is clearly visible on the **outside** of all packages you are sending to Editors.\*\*\*

**Aging and Mental Health** welcomes original contributions from all parts of the world on the understanding that their contents have not previously been published nor submitted elsewhere for publication. We encourage the submission of timely review articles that summarize emerging trends in an area of mental health and aging, or which address issues which have been overlooked in the field. Reviews should be conceptual and address theory and methodology as appropriate. All submissions will be sent anonymously to independent referees. It is a condition of acceptance that papers become the copyright of the publisher. **Books for review** should be sent to Dr Chris Gilleard, Psychology Department, Springfield Hospital, Tooting, London SW17 7DJ, UK.

#### **Manuscripts**

**Aging & Mental Health** is moving to an electronic submission system and has a new editorial e-mail address: [amh@ucl.ac.uk](mailto:amh@ucl.ac.uk).

All editorial correspondence, including manuscripts for submission should be sent to **Professor Martin Orrell** at [amh@ucl.ac.uk](mailto:amh@ucl.ac.uk) or **Professor Dan G. Blazer** at [blaze001@mc.duke.edu](mailto:blaze001@mc.duke.edu). Word format is preferred. General enquires can be sent to [m.orrell@ucl.ac.uk](mailto:m.orrell@ucl.ac.uk). Books for review should be sent to **Professor Murna Downs**, Bradford Dementia Group, School of Health Studies, University of Bradford, Bradford BD5 0BB, UK.

If submission by email is not possible, four complete copies (with electronic copy on disc) can be submitted to either Editor: Professor Martin Orrell, Department of Mental Health Sciences, University College London, Wolfson Building, 48 Riding House Street, London W1W 7EY, UK, or Dan Blazer, J. P. Gibbons Professor of Psychiatry, Duke University Medical Center, School of Medicine, Box 3005, Durham, NC 27710, USA.

All submissions should be in the style of the **Publication Manual** of the American

Psychological Association (4th edition, 1994). Papers should be typed on one side of the paper, double spaced throughout (including the references), with margins of at least 2.5 cm (1 inch). All pages must be numbered.

The first page should include the title of the paper, first name, middle initial(s) and last name of the author(s), and for each author a short institutional address, and an abbreviated title (for running headlines within the article). At the bottom of the page give the full name and address (including telephone and fax numbers and e-mail address if possible) of the author to whom all correspondence (including proofs) should be sent. The second page should repeat the title and contain **an abstract of not more than 200 words**. The third page should repeat the title as a heading to the main body of the text.

**Structured abstracts:** The main text should be preceded by a short structured abstract, accompanied by a list of keywords. The abstract should be arranged as follows: Name of author(s); title of manuscript; name of journal; abstract text containing the following headings: Objectives, Method, Results, and Conclusion.

**Key words:** A list of 3-6 keywords should be provided. Words already used in the title should be avoided if possible

The text should normally be divided into sections with the headings Introduction, Methods, Results, and Discussion. Long articles may need subheadings within some sections to clarify their content. Within the text section headings and subheadings should be typed on a separate line without numbering, indentation or bold or italic typeface.

### Electronic Submission

We prefer email submissions only - in Microsoft Word format. Do not save your files as "text only" or "read only".

### **References**

References should follow APA style. All publications cited in the text should be listed following the text; all references listed must be mentioned in the text. Within the text references should be denoted by the author's name and year of publication in parentheses, e.g. (Woods, 1995) or (Mansell & McGill, 1995) or, if there are more than two authors, (Gallico *et al.*, 1986). Where several references are quoted consecutively within the text the order should be alphabetical, e.g. (Elford & Sherr, 1989; Folkman, 1992). Similarly, where several references are quoted within a single year, the order should be alphabetical (Mansell & McGill, 1995; Woods, 1995). If more than one paper from the same author(s) and year is listed, the date should be followed by (a), (b) etc., e.g. (Blazer, 1995a).

References should be listed at the end of the paper in alphabetical order, typed in double spacing. Responsibility for the references and their verification against the original documents lies with the author(s).

References should be listed on a separate sheet(s) in the following standard form, capitalisation and punctuation:

a) for periodical articles (titles of journals should not be abbreviated):

WOODS, B. (1995). Dementia care: progress and prospects. *Journal of Mental Health*, **5**, 115-124.

b) for books:

NORMAN, A. (1987). *Aspects of ageism*. London: Centre for Policy on Ageing.

c) for chapters within multi-authored books:

ROBERTSON, I. T. (1994). Personality and personnel selection. In C. L. COOPER & D. M. ROUSSEAU (Eds.), *Trends in organizational behavior* (pp. 75-89). Chichester: Wiley.

### **Units of measurement**

All measurements must be cited in SI units.

### **Illustrations**

All illustrations (including photographs, graphs and diagrams) should be referred to as Figures and their position indicated in the text (e.g. Fig. 3). Each should be submitted on a separate sheet of paper, numbered on the back with Figure number (Arabic numerals) and the title of the paper. The captions of all figures should be submitted on a separate sheet, should include keys to symbols, and should make interpretation possible without reference to the text.

Figures should ideally be professionally drawn and designed with the format of the journal (A4 portrait, 297 x 210 mm) in mind and should be capable of reduction.

### **Tables**

Tables should be submitted on separate sheets, numbered in Arabic numerals, and their position indicated in the text (e.g. Table 1). Each table should have a short, self-explanatory title. Vertical rules should not be used to separate columns. Units should appear in parentheses in the column heading but not in the body of the table. Any explanatory notes should be given as a footnote at the bottom of the table.

### **Proofs**

Proofs will be sent to the author nominated for correspondence. Proofs are supplied for checking and making essential typographical corrections, not for general revision or alteration. Proofs must be returned (by air mail or fax if overseas) within 72 hours of receipt.

### **Early Electronic Offprints**

Corresponding authors can now receive their article by e-mail as a complete PDF. This allows the author to print up to 50 copies, free of charge, and disseminate them to colleagues. In many cases this facility will be available up to two weeks prior to publication. Or, alternatively, corresponding authors will receive the traditional 50 offprints. A copy of the journal will be sent by post to all corresponding authors after publication. Additional copies of the journal can be purchased at the author's

preferential rate of £15.00/\$25.00 per copy.

### **Copyright**

It is a condition of publication that authors vest or license copyright in their articles, including abstracts, in Routledge Ltd. This enables us to ensure full copyright protection and to disseminate the article, and the journal, to the widest possible readership in print and electronic formats as appropriate. Authors may, of course, use the article elsewhere **after** publication without prior permission from Taylor & Francis, provided that acknowledgement is given to the Journal as the original source of publication, and that Taylor & Francis is notified so that our records show that its use is properly authorised. Authors are themselves responsible for obtaining permission to reproduce copyright material from other sources.

## ANEXO 7

### Instruções aos Autores

### Estudos de Psicologia (Campinas)

**Estudos de Psicologia** é uma revista trimestral do programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Fundada em 1983, é classificada na lista Qualis como A Nacional e está indexada nas bases de dados nacionais e internacionais LILACS, CLASE, PsycINFO e Index Psi.

#### **Tipos de trabalhos aceitos pela revista Estudos de Psicologia**

Estudos de Psicologia incentiva contribuições da comunidade científica nacional e internacional e é distribuída a leitores do Brasil e de vários outros países. Para garantir a abrangência nacional e internacional dos trabalhos, Estudos de Psicologia estipula, em cada fascículo, a publicação de até 40% de trabalhos de autores de instituições do estado de São Paulo e o restante preferencialmente de outras partes geográficas do país ou do exterior. Adicionalmente, aceita trabalhos originais de todos os tipos de pesquisas em qualquer área da Psicologia.

Tem como objetivo promover e divulgar o conhecimento científico e técnico nas áreas de Psicologia bem como discutir o significado de práticas tanto no campo profissional como no da pesquisa através de publicações de originais nas seguintes categorias:

- Contribuição teórica, revisão de literatura, artigo clínico, estudo de caso, estudo sobre testes psicológicos e relato de pesquisa, com no máximo 25 laudas, incluindo tabelas, figuras, quadros e referências;
- Comunicação: texto breve relatando pesquisas de forma sintética e opinião sobre assuntos relevantes, com no máximo dez laudas;
- Resenha: apresentação e análise de livros publicados na área, no máximo há dois anos e com no máximo cinco laudas;
- Resumo de teses e dissertações, com indicação do orientador e da universidade onde foi defendida;
- Informativo: informações sobre sociedade e eventos científicos, pesquisas em andamento, defesas de dissertações e teses, cursos e outros.

#### **Responsabilidade profissional**

Os autores assumem inteira responsabilidade por suas contribuições, obrigando-se ao seguimento das recomendações do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho Nacional de Saúde.

#### **Apreciação pelo conselho editorial**

Os originais serão aceitos para avaliação desde que não tenham sido publicados anteriormente e venham acompanhados de carta de encaminhamento assinada pelos autores do trabalho solicitando publicação na revista. Os originais serão encaminhados sem o nome do(s) autor(es) a dois membros do conselho editorial da revista Estudos de

Psicologia ou para dois consultores *ad hoc* dentre especialistas na matéria em julgamento. São necessários dois pareceres favoráveis para a aceitação final da publicação. Caso ocorra um desacordo, o original será enviado para mais um consultor para avaliação. Os nomes dos autores dos pareceres emitidos serão mantidos em absoluto sigilo. Aos autores será comunicada a decisão de aceitação ou recusa do trabalho. Os trabalhos que receberem sugestões para alterações serão encaminhados aos autores para as devidas correções, com os pareceres emitidos, devendo ser devolvidos no prazo máximo de 20 dias. Os originais, mesmo quando não aprovados para publicação, permanecerão de posse da revista Estudos de Psicologia. Pequenas alterações no texto poderão ser feitas pelo conselho editorial da revista de acordo com critérios e normas operacionais internas.

### Forma de apresentação dos originais

**Estudos de Psicologia** adota as normas de publicação da *American Psychological Association - APA* (4ª edição, 2001). Os originais devem ser redigidos em português, inglês, francês ou espanhol. Todos os originais devem incluir um resumo e título em português e inglês.

Os originais devem ser apresentados em quatro vias, digitados em espaço duplo, acompanhados de cópia em disquete ou CD, gravados em editores de texto similares ou superiores ao *Word for Windows*, em fonte *Times New Roman*, tamanho 12.

O texto deverá ter de 12 a 20 laudas (cada lauda deve ter 40 linhas com 80 caracteres), paginadas desde a folha de rosto personalizada, que deverá apresentar o número 1. A página deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).

Cada página impressa corresponde a mais ou menos três páginas do original incluindo as folhas de rosto, tabelas, figuras e referências bibliográficas. A versão reformulada deve ser encaminhada em três vias no formato em papel e uma via por meio eletrônico. Deve ser encaminhada, também, uma autorização para a publicação dos resumos em inglês e português e do trabalho na íntegra para a versão *on-line* da revista Estudos de Psicologia.

Todo e qualquer encaminhamento inicial à revista deve vir acompanhado de carta assinada pelo autor principal autorizando a publicação e indicando a aceitação das normas da revista. Na declaração deve constar não ter apresentado na íntegra o trabalho em outro veículo de informação, bem como a autorização e/ou direitos concedidos por terceiros, caso transcreva figuras, tabelas ou trechos (mais de 200 vocábulos) editados por outros autores. Na declaração deve haver menção a quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e instituições que possam ter



interesse na publicação do original.

Para a publicação final os trabalhos com vários autores devem vir acompanhados de uma carta assinada por todos os autores. A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor, do mesmo modo que o conteúdo dos trabalhos é da sua exclusiva responsabilidade.

### **Apresentação dos originais**

Os trabalhos devem ser apresentados na seguinte ordem:

#### **Folha de rosto com identificação dos autores, contendo:**

- Título completo em português;
- Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não excedendo cinco palavras;
- Título completo em inglês compatível com o título em português;
- Nome de cada autor, seguido por afiliação institucional;
- Indicação do autor para correspondência, seguida de endereço completo de acordo com as normas do correio e endereço eletrônico para contato;
- Indicação de endereço para correspondência com o editor para a tramitação do original, incluindo fax, telefone e endereço eletrônico;
- Se necessário, apresentar indicação de atualização de afiliação institucional;
- Incluir nota de rodapé contendo apoio financeiro, agradecimentos pela colaboração de colegas e técnicos em parágrafo não superior a três linhas, origem do trabalho, e outras informações, como, por exemplo, se anteriormente foi apresentado em evento, se é derivado de tese ou dissertação, coleta de dados efetuada em instituição distinta daquela informada como sendo a instituição de origem dos autores etc.

#### **Folha à parte contendo resumo em português**

O resumo deve conter o mínimo de 100 e o máximo de 150 palavras, ou seja, de cinco a dez linhas; deve conter de três a cinco palavras-chave que descrevam o conteúdo do trabalho; tais palavras devem ser grafadas com letras minúsculas e separadas com ponto e vírgula, de acordo com o Thesaurus da APA a fim de facilitar a indexação do trabalho. No caso de relato de pesquisa, o resumo deve incluir breve referência ao problema investigado, características da amostra, método usado para a coleta de dados, resultados e conclusões. Apenas a resenha dispensa resumo.

#### **Folha à parte contendo *abstract* em inglês**

O *abstract* deve ser compatível com o texto do resumo. Deve seguir as mesmas normas, e vir acompanhado de *key words*

compatíveis com as palavras-chave.

### **Organização do trabalho**

O texto de todo trabalho submetido à publicação deve ter uma organização clara, e títulos e subtítulos que facilitem a leitura. Para os relatos de pesquisa, o texto deverá, obrigatoriamente, apresentar introdução, metodologia, resultados e discussão. Nota de rodapé só é permitida na primeira lauda para notificar auxílios recebidos, apresentação em eventos, agradecimentos e atribuição de créditos.

Tabelas, quadros, figuras e fotografias somente deverão ser incluídos no corpo do trabalho se forem essenciais à compreensão do texto, recomendando-se o máximo de contenção nesse sentido. Além disso, devem vir acompanhados de título que traduza essencialmente o que se acha contido neles. Como regra, devem vir em folha à parte e os locais sugeridos para inclusão de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto, por meio de expressões, como, por exemplo, "Inserir Figura 1 aqui". Tabelas, quadros, figuras e fotografias de outros autores só poderão ser reproduzidos se acompanhados da indicação da fonte de referência e com cópia da devida autorização anexada aos originais.

As citações bibliográficas deverão ser feitas de acordo com as normas da APA. No caso de transcrição na íntegra de um texto, a citação deve ser delimitada por aspas seguidas do número da página citada.

### **Referências e citações no texto**

As referências devem ser indicadas em ordem do último sobrenome do autor principal.

Trabalhos de autoria única ou do mesmo autor devem ser ordenados por ano de publicação, vindo em primeiro lugar o mais antigo.

Trabalhos com um único autor vêm antes dos trabalhos de autoria múltipla quando o sobrenome é o mesmo. Trabalhos em que o primeiro autor seja o mesmo mas co-autores sejam diferentes devem guardar a ordem alfabética do sobrenome dos co-autores. Trabalhos com os mesmos autores devem ser ordenados por data; vindo em primeiro lugar o mais antigo. Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data deverão ser ordenados pelo título em ordem alfabética. A formatação das referências deve facilitar a tarefa de revisão e de editoração - além de espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, o parágrafo deve ser normal sem recuo e sem deslocamento das margens.

Os grifos devem ser indicados por fonte em itálico. No corpo da colaboração as indicações devem ser feitas por meio do sobrenome dos autores e do ano de publicação constante nas

referências.

Nos casos em que os trabalhos citados não foram consultados na fonte (citação secundária), citar o nome do autor original não consultado diretamente, apud nome do autor lido, data. Nas referências, citar apenas a obra consultada e a sua data.

Em caso de citações antigas, com novas edições da obra, a citação deve incluir as duas datas, a original e a data da edição lida pelo autor.

As citações de artigo de autoria múltipla devem ser feitas da seguinte forma:

- Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido;
- Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores na primeira referência; da segunda referência em diante utilize sobrenome do primeiro autor seguido de "et al." e da data, caso seja a primeira citação no parágrafo;
- Artigo com seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "et al." e da data. Porém, na seção de referências todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

### **Exemplos de referências**

#### **Artigo de revista científica**

Borrion, R., & Chaves, A.M. (2004). Análise documental e contexto de desenvolvimento: estatutos de uma instituição de proteção à infância de Salvador, Bahia. *Estudos de Psicologia*, 21 (2), 17-28.

Artigo de revista científica no prelo

Indicar no lugar da data que o artigo está no prelo. Incluir o nome do periódico após o título do artigo. Não referir data e números do volume, fascículo ou páginas até que o artigo seja publicado. No texto, citar o artigo indicando que está no prelo.

#### **Livros**

Witter, G. P. (2004). *Educação e Psicologia: cinquenta anos de profissão*. São Paulo: Ateliê Editorial.

#### **Capítulos de livros**

Schmidt, M. (2004). *Stress e religiosidade cristã*. In M.E.N. Lipp (Org.). *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp. 177-186). Campinas: Papirus.

**Obra antiga e reeditada em data muito posterior**

Erikson, E.H. (1963). *Childhood and society* (2nd. ed.). New York: Norton. (Originalmente publicado em 1950).

**Citação secundária**

Se o original não foi lido, citar os autores da seguinte forma: " Selye (1936, citado por Lipp, 2001) ...". Na seção de referências citar apenas a obra consultada (no caso, Lipp, 2001).

**Teses ou dissertações não publicadas**

Malagris, L.E.N. (2004). *A via L-arginina-óxido nítrico e o controle do stress em pacientes com hipertensão arterial sistêmica*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Centro Biomédico de Pós-Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

**Autoria institucional**

World Health Organization. (1999). *Guidelines for the Management of Hypertension* Washington, DC: Author.

**Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais**

Justo, A.P., Raimundo, R.T., Pazero, E.S., & Mattos, T.M.G. (2002). Stress e hipertensão: a intensidade do stress nas diferentes faixas etárias. [Resumo]. In Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (Org.). *Resumos de comunicações científicas, XXIII Congresso de Cardiologia* (p.89). Campos do Jordão, SP.

**Trabalho apresentado em congresso, mas não publicado**

Se o resumo não foi publicado, citar os autores, a data em parênteses, o nome do trabalho apresentado com grifo, seguido do nome do congresso e da instituição que o organizou, e cidade onde foi apresentado.

**Comunicação pessoal (carta, e-mail, conversa)**

Citar apenas no texto, dando as iniciais e o sobrenome da fonte e a data. Não incluir nas referências.

**Anexos**

Anexos só poderão ser introduzidos quando contiverem informação indispensável para a compreensão dos textos.

### **Tabelas, figuras e fotografias**

Devem incluir título e notas e não podem exceder 15cm de largura x 21cm de comprimento. Sua largura deve se limitar a 60 caracteres para tabelas simples. Em tabelas mais complexas, deve-se incluir três caracteres de espaço entre as colunas; a tabela não deve exceder 43 linhas, incluído título.

### **Direitos autorais da revista Estudos de Psicologia**

Todos os direitos editoriais são reservados, nenhuma parte das publicações pode ser reproduzida, estocada por qualquer sistema ou transmitida por quaisquer meios ou formas existentes ou que venham a ser criados, sem prévia permissão por escrito do editor chefe, ou sem constar o crédito de referência, de acordo com as leis de direitos autorais vigentes no Brasil. A aceitação do trabalho para a publicação implica a transferência de direitos do autor para a revista, sendo assegurada a mais ampla disseminação da informação.

### **Reprodução parcial de outras publicações**

Os artigos submetidos à publicação devem evitar citações muito grandes extraídas de publicações de outros autores. Recomenda-se evitar a reprodução de tabelas, quadros ou desenhos. Quando isso acontecer, deve vir acompanhada de permissão dos autores que detenham os direitos autorais.

### Lista de checagem

- Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada por cada autor
- Enviar ao editor quatro vias do original (um original e três cópias) e um disquete ou CD
- Incluir título do original, em português e inglês • Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido com letras *Times New Roman*, corpo 12 e espaço duplo, e com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).
- Incluir título abreviado não excedendo cinco palavras para fins de legenda em todas as páginas impressas.
- Incluir as palavras-chave
- Incluir resumos com até 150 palavras nos dois idiomas, português e inglês, ou em francês ou espanhol nos casos em que se aplique, com termos de indexação
- Legendas das figuras e tabelas
- Página de rosto com as informações solicitadas
- Incluir nome de agências financiadoras e o número do processo
- Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o título, o nome da instituição, ano de defesa e número de

páginas

- Verificar se as referências estão normalizadas segundo o estilo da APA
- Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas

### Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de Responsabilidade e (2) Transferência de Direitos Autorais.

Primeiro autor:

Autor responsável pelas negociações: título do original:

1. Declaração de responsabilidade: todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declarações de responsabilidade nos termos abaixo:

- certifico que participei da concepção do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo, que não omiti quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo;
- certifico que o original é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado a outra revista e não o será enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela revista Estudos de Psicologia, quer seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo.

Assinatura do(s) autores(s) Data / /

2. Transferência de Direitos Autorais: "Declaro que em caso de aceitação do artigo a revista Estudos de Psicologia passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da revista, sendo vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à revista".

Assinatura do(s) autores(s) Data / /

**Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Campus II - Prédio de Odontologia  
Av. John Boyd Dunlop, s/n - Jd. Ipaussurama  
13060-904 - Campinas - SP - Brasil  
Tel.: 55 19 3729-6875**