

ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
DOUTORADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

BRUNA BORBA NEVES

**A INFLUÊNCIA DO VÍNCULO PROFISSIONAL NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO
PARA APOSENTADORIA**

Porto Alegre

2021

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

BRUNA BORBA NEVES

**A INFLUÊNCIA DO VÍNCULO PROFISSIONAL NO PROCESSO DE TOMADA DE
DECISÃO PARA APOSENTADORIA**

Porto Alegre

2021

BRUNA BORBA NEVES

**A INFLUÊNCIA DO VÍNCULO PROFISSIONAL NO PROCESSO DE TOMADA DE
DECISÃO PARA APOSENTADORIA**

Tese apresentada à banca examinadora como requisito para obtenção do Grau de Doutora em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina PUCRS.

Linha de Pesquisa: Aspectos Socioculturais, Demográficos e Bioéticos no Envelhecimento.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

Porto Alegre

2021

Ficha Catalográfica

N518i Neves, Bruna Borba

A influência do vínculo profissional no processo de tomada de decisão para aposentadoria / Bruna Borba Neves. – 2021.
95 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim.

1. Idosos. 2. Aposentadoria. 3. Coerção. 4. Qualidade de vida. 5. Bioética. I. Goldim, José Roberto. II. Título.

BRUNA BORBA NEVES

**A INFLUÊNCIA DO VÍNCULO PROFISSIONAL NO PROCESSO DE TOMADA DE
DECISÃO PARA APOSENTADORIA**

Tese apresentada à banca examinadora como requisito para obtenção do Grau de Doutora em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina PUCRS.

Aprovada em 13 de Agosto de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. José Roberto Goldim (orientador)

Prof.^a Dra. Irani Iracema De Lima Argimon

Prof.^a Dra. Camilla Oleiro da Costa

Prof. Dr. Lucas França Garcia

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider

Agradecimentos

A concretização deste trabalho não é mérito individual, mas resultado da contribuição de várias pessoas que participaram direta ou indiretamente de seu desenvolvimento. Agradeço a todas elas e, de forma particular:

Ao meu orientador Dr. José Roberto Goldim pela sua atenção, orientação, incentivo e oportunidades de aprendizado.

As minhas colegas e amigas do IGG, que foram fundamentais durante esse processo, compartilharam comigo muitos momentos desta trajetória e contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos integrantes da banca de qualificação do trabalho pelas contribuições para esta tese Rodolfo Schneider e Irani Argimon.

Aos profissionais do corpo docente e da secretaria do programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS pelo conhecimento passado e esclarecimento de todas as dúvidas.

Ao professor Ângelo Bós pela disponibilidade, atenção e incentivo na produção científica e da participação em grupos de pesquisas.

A professora Camilla Oleiro, que plantou a sementinha da pesquisa, apresentou o programa e sempre esteve disponível em todos os momentos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, pela bolsa concedida durante estes anos.

Aos idosos que participaram desta pesquisa sem eles nada seria possível.

A minha família, por sempre acreditar em mim e por servirem de alicerce para as minhas realizações.

Ao meu namorado por me dar apoio e incentivo sempre que precisei.

As minhas amigas que de alguma forma fizeram parte dessa jornada.

Muito Obrigada!

RESUMO

Introdução: Nos dias atuais já se observa um aumento significativo de pessoas idosas. Sendo que neste processo de envelhecimento é necessário lidar com alterações no cotidiano e realizar escolhas difíceis, muitas vezes, relacionadas a própria saúde do idoso e os processos que ele pode vir a passar, como é o caso da aposentadoria. Objetivo: Visto isso, este trabalho teve como objetivo avaliar a influência do vínculo profissional no processo de tomada de decisão para aposentadoria. Metodologia: Tratando-se de um estudo transversal com a amostra de 50 pessoas, composta por idosos na população em geral e professores universitários, todos com 60 ou mais anos, independentemente do sexo, que já estão aposentados. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, a partir de um roteiro estruturado, com sete instrumentos. Após os dados foram analisados quantitativamente, por meio de estatística descritiva e analítica. Na fase descritiva, as variáveis foram apresentadas por meio de frequências e medidas de tendência central. Resultado: O presente estudo encontrou em ambas as amostras: a maioria do sexo feminino, casados(as), que se autodeclararam da cor branca, morando com outra pessoa, não referiram ter alguma alteração ou problema de saúde, se aposentaram e não estão mais trabalhando. Na qualidade de vida, a pior qualidade de vida estava associada ao quesito morte e morrer. O papel ocupacional membro de família encontrava-se presente em passado, presente e futuro e considerado como um papel importante. Percepção de coerção baixa, ou seja, igual ou menor de 50%. E se encontram no estágio mais avançado no desenvolvimento psicológico moral que é o integrado. Conclusão: O presente estudo encontrou que em ambas as amostras a maioria dos participantes apresentaram uma percepção de coerção baixa e as diferentes variáveis investigadas similar entre as amostras no que diz respeito ao processo de se aposentar.

Palavras-chave: Idosos, Aposentadoria, coerção, qualidade de vida, bioética

ABSTRACT

Introduction: Nowadays there is already a significant increase in elderly people. Being that in this aging process it is necessary to deal with changes in daily life and to make difficult choices, often related to the elderly's own health and the processes that they may go through, as is the case of retirement. **Objective:** In view of this, this project aimed to assess the influence of the professional bond in the decision-making process for retirement. **Methodology:** This is a cross-sectional study with a sample of 50 people, composed of elderly people in the general population and university professors, all aged 60 or over, regardless of gender, who are already retired. The data were collected through interviews, from a structured script, with seven instruments. After the data were analyzed quantitatively, through descriptive and analytical statistics. In the descriptive phase, the variables were presented using frequencies and measures of central tendency. **Result:** The present study found in both samples: the majority were female, married, who declared themselves white, living with another person, did not report having any changes or health problems, retired and are no longer Working. In terms of quality of life, the worst quality of life was associated with the question of death and dying. The occupational role of a family member was present in the past, present and future and considered as an important role. Perception of low coercion, that is, less than or equal to 50%. And they are at the most advanced stage in moral psychological development, which is the integrated one. **Conclusion:** The present study found that in both samples the majority of the participants had a low perception of coercion and the different variables investigated were similar between the samples.

Keywords: Elder, Retirement, Coercion, Quality of Life, Bioethics

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Domínios do questionário WHOQOL-OLD em número de questões.....	30
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sociodemográfico da população de idosos em geral.....	34
Tabela 2: Distribuição dos 25 idosos aposentados da população em geral referente às fases do desenvolvimento psicológico-moral.....	36
Tabela 3: Percentuais facetas do instrumento WHOQOL-Old na amostra dos 25 idosos aposentados da população em geral.....	37
Tabela 4: Distribuição dos papéis ocupacionais ao longo do tempo na população em geral (n=25)	39
Tabela 5: Distribuição dos graus de importância dos papéis ocupacionais na população em geral (n=25)	40
Tabela 6: Perfil sociodemográfico dos professores universitários	42
Tabela 7: Distribuição dos 25 idosos professores universitários aposentados em relação à classificação na fase do desenvolvimento psicológico-moral	43
Tabela 8: Percentual facetas do instrumento WHOQOL-Old na amostra dos 25 idosos aposentados da população em geral.....	45
Tabela 9: Distribuição dos papéis ocupacionais ao longo do tempo dos professores universitários aposentados (n=25).....	47
Tabela 10: Distribuição dos graus de importância dos papéis ocupacionais dos professores universitários aposentados (n=25).....	48
Tabela 11: Comparação dos dados sociodemográficos entre indivíduos da população em geral e do grupo de professores universitários	50
Tabela 12: Desenvolvimento psicológico-moral nas duas amostras de idosos aposentados ...	51
Tabela 13: Comparação das percepções de coerção nas duas amostras de idosos aposentados	52
Tabela 14: Qualidade de vida nas duas amostras de idosos aposentados.....	52
Tabela 15: Sintomas depressivos nas duas amostras de idosos aposentados	53
Tabela 16: Comparação do estado cognitivo nas duas amostras de idosos aposentados	53
Tabela 17: Comparação dos papéis ocupacionais entre os grupos	54
Tabela 18: Comparação da importância dos papéis	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: – Percepção de coerção relacionada com a aposentadoria em idosos da população em geral (n=25).	38
Gráfico 2: Percepção de coerção relacionada com a aposentadoria em idosos professores universitários aposentados (n=25).....	46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	17
2.2 QUALIDADE DE VIDA	17
2.3 ESTADO COGNITIVO	18
2.4 SINTOMAS DEPRESSIVOS	18
2.5 COERÇÃO.....	19
2.6 TOMADA DE DECISÃO.....	20
2.7 APOSENTADORIA.....	20
2.8 PAPÉIS OCUPACIONAIS	21
3 JUSTIFICATIVA	23
4 HIPÓTESE.....	24
5 OBJETIVOS	25
5.1 OBJETIVO GERAL.....	25
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
6 MÉTODOS.....	26
6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	26
6.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
6.2.1 Método de seleção	26
6.2.2 Locais de realização.....	26
6.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	27
6.3.1 Critérios de inclusão	27
6.3.2 Critérios de exclusão	27
6.4 VARIÁVEIS INVESTIGADAS, INSTRUMENTOS UTILIZADOS E COLETA DE DADOS	28
6.4.1 Variáveis.....	28
6.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	28
6.5.1 Questionário sociodemográfico.....	28
6.5.2 Tomada de decisão	29
6.5.3 Escala de Expressão de Coerção	29
6.5.4 Qualidade de vida no idoso (WHOQOL – OLD).....	30

6.5.5 Escala de Depressão Geriátrica (GDS).....	31
6.5.6 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	31
6.5.7 Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.....	31
6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	32
6.7 ASPECTOS ÉTICOS	32
7 RESULTADOS	33
7.1 AMOSTRA DA POPULAÇÃO EM GERAL	33
7.1.1 Capacidade para a tomada de decisão na população em geral	35
7.1.2 Qualidade de vida na população em geral	36
7.1.3 Coerção em relação a aposentadoria na população em geral	37
7.1.4 Papéis ocupacionais na população em geral.....	39
7.1.4.1 Distribuição do Grau de Importância	39
7.2 AMOSTRA POPULAÇÃO PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS APOSENTADOS ...	40
7.2.1 Características gerais da amostra dos professores universitários aposentados.....	40
7.2.2 Capacidade para a tomada de decisão dos professores universitários aposentados	43
7.2.3 Qualidade de vida dos professores universitários aposentados	44
7.2.4 Coerção em relação a aposentadoria dos professores universitários	45
7.2.5 Papéis ocupacionais dos professores universitários aposentados.....	46
7.2.5.1 Distribuição do Grau de Importância	47
7.3 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS ENTRE OS GRUPOS	48
7.3.1 Dados sociodemográficos e clínicos.....	48
7.3.2 Comparação da capacidade para a tomada de decisão	51
7.3.2.1 Comparação das percepções de coerção entre as amostras.....	51
7.3.2.2 Qualidade de vida	52
7.3.2.3 Sintomas depressivos.....	53
7.3.2.4 Comparação do estado cognitivo entre os grupos	53
7.3.2.5 Papéis ocupacionais entre os grupos.....	54
7.3.2.6 Importância dos papéis	55
8 DISCUSSÃO	56
9 CONCLUSÕES.....	63
REFERÊNCIAS	64
ANEXO A - Escala de Expressão de Coerção.....	70
ANEXO B - Instrumento de desenvolvimento psicológico-moral.....	71
ANEXO C - Qualidade de vida no idoso – WHOQOL - old	72

ANEXO D - Escala de depressão geriátrica – GDS.....	74
ANEXO E - Mini exame do estado mental.....	76
ANEXO F – Lista de identificação de papéis ocupacionais.....	77
ANEXO G - Carta de aprovação do CEP/PUCRS.....	80
ANEXO H - Carta de aprovação Plataforma Brasil.....	81
APÊNDICE A - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	84
APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico.....	86
APÊNDICE C – artigos submetidos e publicados.....	87

1 INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, observa-se um contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos ou mais de idade (MIRANDA et al., 2016). No processo de envelhecimento, é necessário realizar escolhas difíceis, muitas vezes, relacionadas à própria saúde do idoso e as etapas por que ele pode vir a passar (RAYMUNDO; GOLDIM, 2008)

Ainda, a autonomia pode ser um dos fatores fundamentais para uma boa qualidade de vida e, além disso, é uma necessidade básica para a tomada de decisão, proporcionando uma vida mais satisfatória, acompanhada da manutenção da capacidade de direcionamento da vida e da independência (CELICH; GOLDIM, 2009). Algumas perspectivas podem sugerir fatores que estão relacionados com a tomada de decisão entre os idosos, tais como a presença das morbidades, como, por exemplo, a depressão, as alterações cognitivas e do estado da capacidade funcional (MORSCH et al., 2017)

Do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas contínuas, seja pela diminuição do suporte sociofamiliar, pela perda do status ocupacional e econômico, pelo declínio físico continuado, pela maior incidência de doenças físicas ou pela incapacidade pragmática crescente. Estas perdas provocam, muitas vezes, sentimentos de desânimo e tristeza (MARTINS; MESTRE, 2014).

Dentro deste ponto de vista, muitas pessoas partem do pressuposto de que o idoso é um ser vulnerável e, portanto, incapaz de tomar decisão sobre sua própria vida. Outros acreditam que o idoso perde, de fato, a aptidão para escolher o que é melhor para si mesmo conforme avança o decurso da vida (HESS; QUEEN; ENNIS, 2013).

Porém, em uma pesquisa realizada com 552 idosos, no Rio Grande do Sul (RS), com o objetivo de avaliar a capacidade para a tomada de decisão em idosos, detectou-se que todos mantinham a capacidade para a tomada de decisão preservada, ou seja, estavam aptos a fazer suas escolhas de acordo com o seu melhor interesse. Por isso, é importante a construção de uma relação com o idoso livre de perspectivas preconceituosas (DEON; GOLDIM, 2016).

Devido à complexidade do processo de envelhecimento, não é possível estabelecer uma idade limite para a perda da capacidade para tomada de decisão. A relação, com o idoso, sem a carga preconceituosa poderá possibilitar o exercício da autonomia pelo idoso, ou seja, o poder de decisão sobre si mesmo, para assumir o controle de sua própria vida (CUNHA et al., 2012).

Desde a juventude até o envelhecimento, as pessoas passam por diversas transições no âmbito da formação profissional. Na lista inclui-se, por exemplo, concluir o ensino médio ou superior e ingressar no primeiro emprego, mudar de um trabalho para outro em um mesmo ramo ou em ramo distinto, deixar o trabalho por diversas razões, como mudança geográfica, desemprego, e retornar às atividades laborais após um período de afastamento e, por fim, conquistar a aposentadoria (MURTA et al., 2014).

O trabalho representa um papel ocupacional de elevado grau de centralidade na vida dos indivíduos, criando padrões de referência e influenciando diretamente na forma como eles se reconhecem e são reconhecidos. Trata-se de um fenômeno psicossocial que consiste em uma das principais fontes de significados e de identificações para os sujeitos; mais do que suprir necessidades de sobrevivência física, também proporciona realização e possibilita status econômico e social (KRAWULSKI et al., 2017). Em um estudo no estado do Rio Grande do Sul (RS) com 12 idosos, que teve por objetivo identificar os fatores que influenciam o envelhecimento com qualidade de vida, foi relatada, como um dos principais fatores para alteração de qualidade de vida, a preocupação de se aposentar com uma renda mensal suficiente para suprir as necessidades do cotidiano (CELICH; GOLDIM, 2010)

Examinar os domínios que contribuem para maior qualidade de vida do idoso e sua autonomia pode oferecer uma possibilidade de desconstruir algumas falsas associações ao envelhecimento, como as que colocam o idoso como um ser vulnerável e, por consequência, incapaz de tomar qualquer decisão. Desse modo, torna-se importante avaliar a influência da estrutura hierárquica no vínculo profissional durante o processo de tomada de decisão para aposentadoria e os fatores associados, procurando compreender a autonomia dos idosos com relação à aposentadoria.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O crescimento do número de idosos já é uma realidade em nível mundial, assim como o percentual de idosos com idade superior a 80 anos. O Brasil será o sexto país com o maior número de pessoas idosas no mundo até o ano de 2025 (KÜCHEMANN, 2012). Pelo fato de esse processo estar ocorrendo em alta velocidade, nem as cidades, nem o Sistema de Saúde conseguiram ainda adaptarem-se de forma a gerar qualidade de vida ou atender a população idosa, grupo populacional mais vulnerável e que mais utiliza o sistema de saúde (ALVES et al., 2016).

Com o aumento do número de idosos e da expectativa de vida, constatou-se que a simples longevidade não é mais suficiente para garantir a felicidade de uma pessoa idosa, sendo também necessário entender as diferenças que ocorrem com o processo de envelhecimento, a fim de proporcionar meios para que essas pessoas possam passar estes anos de forma satisfatória (BEZERRA; ALMEIDA; NÓBREGA-THERRIEN, 2012). É necessário, ainda, levar alguns fatores de saúde em consideração, como o estado cognitivo, a capacidade funcional e os sintomas depressivos, para encontrar meios de transformar esse envelhecimento adicionando-lhe qualidade de vida.

2.2 QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida depende de diversos aspectos, como culturais, éticos, religiosos e pessoais, que influenciam a forma como ela é percebida e, também, os seus resultados. Além disso, pode-se dizer que a qualidade de vida se constitui do bem-estar, da felicidade e da realização pessoal, dentre outros pontos, que estariam relacionados à satisfação das necessidades básicas e daquelas criadas pelo contexto social (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013).

O constructo de qualidade de vida inclui desde a satisfação com a vida, o bem-estar social, até aspectos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. O estado de saúde também influencia significativamente na qualidade de vida percebida, bem como os funcionamentos cognitivo, emocional, físico e social (MARTINS; MESTRE, 2014).

2.3 ESTADO COGNITIVO

Uma das principais consequências do aumento da população de idosos é a preocupação com o declínio da função cognitiva. Entende-se por função cognitiva as fases do processo de informação, como percepção, aprendizagem, memória, atenção, vigilância, raciocínio e solução de problemas (CORDEIRO et al., 2014). As alterações cognitivas são frequentes em idosos, sendo, por isso, confundidas como um processo natural do envelhecimento, retardando seu diagnóstico e tratamento, principalmente em pessoas com idade mais avançada (MANNINI; NASCIMENTO, 2015). A função cognitiva é determinante para a manutenção de uma vida independente, e a sua perda é considerada um marcador de declínio da capacidade funcional, interferindo na realização de atividades cotidianas do idoso (CHAVES et al., 2015).

2.4 SINTOMAS DEPRESSIVOS

A depressão é desencadeada por vários fatores de risco associados e múltiplas causas. Devido ao aumento da longevidade, a tendência é que cresçam cada vez mais os números desse quadro clínico na população. Ainda, a depressão ocorre por diversos motivos, englobando uma variedade de distúrbios psicopatológicos, e sua gravidade e curso dependem de cada caso (CUNHA et al., 2012).

A depressão pode vir a causar um comprometimento da funcionalidade do idoso, gerando restrições na realização de suas atividades de vida diária, portanto, importante fator a ser levado em consideração quando se trata do envelhecimento. Isso porque a diminuição da autonomia da pessoa idosa pode ser uma experiência de frustração significativa por representar a perda de uma capacidade individual para realizar e satisfazer as próprias demandas (SILVA; MARIN; RODRIGUES, 2015; FAGUNDES et al., 2017).

Dentre as emoções negativas que emergem no idoso, a partir do progresso da incapacidade na adaptação, que ocorre no envelhecimento, estão o sentimento de inutilidade, de incapacidade e de autodesvalorização, que podem estar associados ao processo de aposentadoria. Estes sentimentos acabam alterando o grau de satisfação que o indivíduo sente

em relação a si próprio, ocasionando uma baixa autoestima e predispondo-o ao desenvolvimento de estados depressivos (TEIXEIRA et al., 2016).

2.5 COERÇÃO

No processo de envelhecimento, é necessário realizar escolhas difíceis, muitas vezes, relacionadas à própria saúde e a todos os processos por que ele pode vir a passar. A participação do idoso nesse processo não deve ser apenas um assentimento ou delegação de decisão (RAYMUNDO; GOLDIM, 2008).

Porém, tomar uma decisão envolve diversas habilidades, como a capacidade de envolver-se em um assunto, compreender ou avaliar o tipo de alternativa entre diversas opções e comunicar sua preferência sabendo os riscos da sua escolha. Essas habilidades estão ligadas diretamente à capacidade de exercer sua autonomia, e de determinar e executar seus próprios desejos (WAGNER; PARENTE, 2009; WITTMANN-VIEIRA; GOLDIM, 2012).

A manutenção da possibilidade de tomada de decisão também é importante para a qualidade de vida e envolve diversos aspectos do conceito de funcionalidade ideal, sejam recursos físicos, psicológicos ou sociais. As crenças relacionadas às capacidades de administrar a própria vida e em função do ambiente externo contribuem para uma velhice considerada bem-sucedida (NERI, 2001).

Essa autonomia, como a habilidade de controle, de lidar com situações e tomar decisões pessoais para viver de acordo com suas próprias regras, pode estar alterada devido a mudanças biológicas do processo de envelhecimento, alterações emocionais decorrentes da depressão, incapacidade funcional ou outros estereótipos negativos associados à velhice (MIRANDOLA; BÓS, 2015). Um estudo envolvendo 133 idosos participantes de grupos socioterápicos ou de grupo de idosos moradores da cidade de Arroio do Meio - RS, teve por objetivo avaliar a capacidade de tomada de decisão de idosos. O resultado indicou que 91,2% dos participantes tinham plenas condições de decidir de forma adequada, desmistificando a associação de idosos à diminuição da autonomia (BAJOTTO; GOLDIM, 2011).

As noções de autonomia e de autodeterminação dos seres humanos estão diretamente relacionadas aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais dos seres humanos. O modelo de

Bioética Complexa possibilita o enfoque interdisciplinar do tema, identificando os diferentes conceitos e, ao mesmo tempo, as intersecções das diversas ciências, envolvendo tanto a vida quanto o viver dos seres humanos (GOLDIM, 2006). De outro modo, a autonomia, quando abordada sob a perspectiva da Psicologia Moral, está relacionada com a capacidade para tomada de decisão em cada fase da vida humana com base em argumentos morais (ALVES; FERNANDES; GOLDIM, 2018).

2.6 TOMADA DE DECISÃO

O processo de envelhecimento é marcado por situações significativas, como aposentadoria, problemas de saúde, perda de entes queridos, dentre outros, sendo necessário que o idoso tome diversas decisões frente a essas situações. Dessa forma, compreende-se a importância de estudar a possibilidade de o idoso envolver-se com o assunto, compreender ou avaliar o tipo de alternativa entre as diversas opções e comunicar sua preferência sabendo os riscos da sua escolha e, após, realizar a tomada de decisões. Essas decisões estão ligadas diretamente à capacidade de exercer sua autonomia e de determinar e executar seus próprios desejos (WITTMANN-VIEIRA; GOLDIM, 2012; WAGNER; PARENTE, 2009). A capacidade de tomada de decisão pode permitir uma vida mais satisfatória, com uma maior qualidade de vida e com condições de manter o direcionamento da vida e a independência (CELICH; GOLDIM, 2010).

Quando se chega à compreensão de que o idoso deve participar do processo de tomada de decisão com autonomia, permite-se, também, que ele se torne o personagem principal das decisões. Torna-se, então, relevante que as ações em saúde sejam discutidas não apenas para eles, mas, principalmente, com eles, para que se preserve e incremente a autonomia do idoso (SAQUETTO et al., 2013).

2.7 APOSENTADORIA

O ajustamento à aposentadoria é um fenômeno heterogêneo, com aumento da satisfação com a vida para uns, diminuição para outros, variando de pessoa para pessoa. Um estudo de revisão sobre a adaptação à aposentadoria identificou evidências de que perdas em

saúde física, possuir filhos dependentes financeiramente, perder o parceiro durante a transição, aposentar-se mais cedo do que o esperado e aposentar-se por problemas de saúde são condições que afetam negativamente esta adaptação. Por outro lado, ter saúde física e mental, aposentar-se por decisão própria, usufruir de bom status financeiro, engajar-se em lazer e trabalho formal ou voluntário, ter planejado a aposentadoria, aposentar-se para fazer outras atividades, ter boa relação conjugal e estar insatisfeito com o trabalho ou desempregado antes da aposentadoria são condições favoráveis ao ajustamento após a aposentadoria (MURTA et al., 2014).

O significado de aposentadoria permite algumas reflexões, pois o aposentar-se quer dizer, em alguns locais do mundo, “recolher-se aos aposentos e, de certa forma, denota o “fechar das portas” para a vida social.” (COSTA; SOARES, 2015). Nesse sentido, o espaço da aposentadoria torna-se limitado e pouco reconhecido, construindo-se em locais privados e muitas vezes anônimos ou “apagados” no sentido do que são esquecidos. O fato de não haver um espaço socialmente reconhecido para quem se aposenta e, ao se vivenciar a ausência de lugar, muitas pessoas perdem referências importantes em termos identidade (COSTA; SOARES, 2015).

A aposentadoria pode ser considerada uma transição, que tem sido vivenciada por pessoas fisicamente ativas e em condições psicológicas de se manterem trabalhando e buscando outras atividades profissionais e que têm passado pelo processo de reflexão a respeito do que fazer da vida após o desligamento formal do trabalho (FRANÇA & SOARES, 2009; DUARTE *et al.*, 2010 apud KRAWULSKI et al., 2017).

2.8 PAPÉIS OCUPACIONAIS

O conceito de papéis ocupacionais afirma que os indivíduos agem de acordo com as implicações de cada contexto e grupo social, envolvendo elementos individuais e grupais que são adaptados por meio da cultura e podem ser estruturados e conceituados pelo próprio indivíduo (SANTOS; SANTOS, 2015). Os papéis desempenhados todos os dias influenciam a forma como a pessoa estrutura sua rotina diária. As mudanças nos papéis ocupacionais afetam as atividades significativas na rotina. Este processo pode ocorrer no ciclo natural da vida, como mudança de estudante para trabalhador, ou como consequência de condições clínicas, como diagnósticos de doenças e seus tratamentos (PINTO; PONTES, 2012).

O desempenho de papéis ocupacionais no curso de vida, além de outros aspectos, tem sido objeto de estudos em Terapia Ocupacional. O conceito de papel, originado na Psicologia Social, foi apropriado, sendo fundamental para o Modelo da Ocupação Humana (MOH), desenvolvido por Kielhofner & Burke, e constitui um dos importantes referenciais teóricos em Terapia Ocupacional (KIELHOFNER, 2008).

As funções esperadas de uma pessoa ao longo de sua vida, ou seja, o desempenho de papéis ocupacionais, são importantes e auxiliam a compreender as transformações que ocorrem durante a vida. Quando há alteração de papéis de forma abrupta ou sem a vontade própria do sujeito, podem ocorrer adoecimentos, baixa autoestima, perda da identidade e da rotina e prejuízo na qualidade de vida (MANNINI; NASCIMENTO, 2015).

3 JUSTIFICATIVA

O indivíduo passa por diversas transformações ao longo de sua vida, sejam físicas, psicológicas ou sociais. Na parte física, podem ocorrer alterações, em diferentes momentos, que geram debilidade da saúde e perda do vigor. No aspecto social, também podem ocorrer conflitos devidos à aposentadoria, que, ao excluir o âmbito do trabalho, priva o idoso de papéis sociais antes desempenhados sem necessariamente “ganhar” novos papéis sociais. Da mesma forma, do ponto de vista da comunidade em geral, o sujeito, na medida em que envelhece, teoricamente torna-se menos produtivo, podendo ser entendido, equivocadamente, como uma carga para a sociedade. Estes aspectos podem impactar, de forma negativa, na estrutura psicológica do indivíduo, acarretando a necessidade de reorganizar a sua vida.

Muitos idosos, quando chegam a este momento, perguntam-se: “e agora que vou me aposentar, o que farei da minha vida?” ou “agora que já me aposentei, o que irei fazer?”. O trabalho sempre foi considerado um espaço de inserção social, de independência financeira, de ocupação tanto para o corpo quanto para a mente.

O encerramento da vida profissional pode ser uma escolha ou uma imposição. Os reflexos deste processo de decisão podem ocorrer em diferentes âmbitos de vida dos indivíduos, sejam eles físicos, mentais ou sociais. Vale sempre lembrar que o processo de envelhecimento e de aposentadoria ocorre de forma específica, tendo um significado individual para cada pessoa.

Este estudo visou contribuir no entendimento das repercussões da interação dos processos de envelhecimento e de aposentadoria, buscando, também, estratégias para minimizar o sofrimento associado ao processo de aposentadoria.

4 HIPÓTESE

Existe a influência do vínculo profissional na percepção de coerção associada à tomada de decisão para a aposentadoria.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a influência do vínculo profissional no processo de tomada de decisão para aposentadoria.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

i. Avaliar a capacidade de tomada de decisão, a percepção de coerção, a qualidade de vida, os sintomas depressivos, o estado cognitivo e os papéis ocupacionais em um grupo de aposentados da população em geral.

ii. Avaliar a capacidade de tomada de decisão, a percepção de coerção, a qualidade de vida, os sintomas depressivos, o estado cognitivo e os papéis ocupacionais em um grupo de professores universitários aposentados.

iii. Comparar os resultados obtidos nestes dois grupos de pessoas que já não mais desempenham suas atividades profissionais originais.

6 MÉTODOS

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, com o uso de métodos mistos (quanti-qualitativo).

6.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram utilizadas duas amostras: uma composta por idosos já aposentados, da população em geral, e outra de professores universitários aposentados.

6.2.1 Método de seleção

Os participantes foram selecionados por conveniência, utilizando-se a metodologia de “bola de neve”.

6.2.2 Locais de realização

Em princípio, o estudo seria realizado na casa dos participantes da pesquisa e, após o início da pandemia do Covid-19, mais especificamente em março do ano de 2021, a pesquisa passou a ser realizada de forma online, com horário e data previamente marcados.

6.2.3 Cálculo amostral

Tendo em vista que este estudo envolve métodos mistos, o cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando-se o programa G*power, tendo por base os resultados quantitativos de estudos anteriores e fazendo o uso da escala de Percepção de Coerção. Para que fosse possível detectar uma diferença cujo tamanho de efeito f seja $\geq 0,47$ (ou seja, uma diferença de 0,56), considerando o desvio-padrão de 0,56, nível de significância de 0,05, e poder de 95%, foi estabelecido um tamanho de amostra com 50 participantes no total, ou seja, 25 indivíduos em cada um dos dois grupos. O cálculo foi baseado na utilização de ANOVA a

fim de diferenciar os dois grupos. O valor permitiu a saturação dos dados qualitativos obtidos, sem a necessidade de o tamanho das amostras ser elevado.

6.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

6.3.1 Critérios de inclusão

Grupo 1 - Foram incluídos, no estudo, indivíduos idosos (com idade igual ou maior do que 60 anos), independentemente do sexo, que já fossem aposentados, e que não exercessem as atividades profissionais vinculadas à sua ocupação original.

Grupo 2 - Foram incluídos, no estudo, indivíduos idosos (com idade igual ou maior do que 60 anos), independentemente do sexo, que já estivessem aposentados, mas que possuíssem vínculo empregatício de professor na Universidade Federal do Rio Grande do Sul ou na Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre.

6.3.2 Critérios de exclusão

Grupo 1 - Foram excluídos indivíduos que possuíam alteração cognitiva que impossibilitasse a leitura e a compreensão dos instrumentos, além daqueles que tinham tido vínculos de trabalho em estruturas hierárquicas, como atividades militares, policiais ou religiosas.

Grupo 2 - Foram excluídos indivíduos que apresentaram alterações cognitivas que impossibilitassem a leitura e a compreensão dos instrumentos.

6.4 VARIÁVEIS INVESTIGADAS, INSTRUMENTOS UTILIZADOS E COLETA DE DADOS

6.4.1 Variáveis

Foram delimitadas as seguintes variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade e convívio familiar):

- Sexo: variável categórica;
- Gênero: variável categórica (autodeclarada);
- Cor: variável categórica (autodeclarada);
- Estado civil (autodeclarada);
- Idade: variável contínua; anos;
- Escolaridade: variável categórica (analfabeto, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior e pós-graduado);
- Escolaridade 2: variável contínua; anos de estudo;
- Composição familiar: variável categórica descritiva;
- Convívio familiar (com quem o idoso vive): variável categórica;
- Tempo de aposentadoria.

Além disso, foram abordadas variáveis sobre expressão de coerção, tomada de decisão, qualidade de vida, sintomas depressivos, estado cognitivo, e os papéis ocupacionais.

6.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

6.5.1 Questionário sociodemográfico

Questionário semiestruturado com perguntas fechadas, semiabertas e abertas sobre as características socioeconômicas dos sujeitos, a fim de caracterizar a amostra.

Constam, no questionário, dados referentes a nome, idade, escolaridade, ocupação, número de morbidades, tempo de aposentadoria e estrutura familiar.

A aplicação foi feita via questões diretas, que foram respondidas pelo participante com a ajuda do pesquisador, caso houvesse necessidade. A aplicação do questionário apresentou uma duração média de 10 minutos (APÊNDICE B).

6.5.2 Tomada de decisão

O Desenvolvimento Psicológico-Moral, utilizado para a avaliação da capacidade para a tomada de decisão, foi elaborado e validado no Brasil (SOUZA, 1968). Este instrumento foi baseado na perspectiva desenvolvida por Loevinger e Wessler e entende que o ego do indivíduo se desenvolve pela integração das estruturas de cada pessoa (LOEVINGER, WESSLER, 1970).

O instrumento é composto por um conjunto de 30 itens de fácil compreensão, dos quais o participante deve escolher os sete mais significativos. O somatório destas respostas permite classificar o idoso em um dos sete níveis de Desenvolvimento Psicológico-Moral, sendo: Pré Social, entre 0,1 e 1,0, que corresponde ao início do desenvolvimento; Impulsivo, entre 1,1 e 2,0, quando as decisões são tomadas a partir do desejo, não considerando as informações; Oportunista, entre 2,1 e 3,0, quando já há valorização dos desejos e dos subsídios para que eles sejam atingidos; Conformista, entre 3,1 e 4,0, quando as crenças do indivíduo se sobrepõem aos desejos; Consciencioso, entre 4,1 e 5,0, quando a pessoa tem capacidade de tomar decisão de forma livre, considerando seus os desejos e crenças, mas ainda é passível de constrangimento externo; Autônomo, entre 5,1 e 6,0, quando o indivíduo é capaz de tomar decisões livres de constrangimento, de modo independente e livre; Integrado, entre 6,1 e 7,0, quando a pessoa se enxerga como parte de um todo e possui compreensão de sua interdependência (LOEVINGER, WESSLER, 1970) (ANEXO B).

6.5.3 Escala de Expressão de Coerção

A Escala de Expressão de Coerção é derivada de uma escala para avaliar coerção em internação psiquiátrica, a *MacArthur Admission Experience Survey*, que é composta por 16

questões (GARDNER et al., 1993). Este instrumento foi desenvolvido pelo *MacArthur Coercion Study* e validado para a língua portuguesa falada no Brasil por Taborda (2002). A Escala de Expressão de Coerção é composta por quatro sentenças nas quais o participante deverá assinalar se concorda ou discorda. Os instrumentos são autoaplicáveis e o preenchimento dura, em média, cinco minutos, sendo que cada resposta assinalada como “concordo” é considerada um nível de percepção de coerção. O instrumento foi adaptado para a proposta de trabalho utilizando perguntas sobre a aposentadoria (ANEXO A).

6.5.4 Qualidade de vida no idoso (WHOQOL – OLD)

O módulo WHOQOL-OLD é constituído de 24 perguntas e suas respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5) atribuídos a seis facetas, que são: domínio funcionamento dos sentidos (FS), domínio autonomia (AUT), domínio atividades passadas, presentes e futuras (PPF), domínio participação social (PSO), domínio morte e morrer (MEM), e domínio relacionamento íntimo (INT). Cada uma das facetas possui 4 perguntas e as respostas podem oscilar entre 4 e 20, valores transformados em percentual para melhor interpretação: quanto maior é o percentual (mais perto de 100%), melhor é a qualidade de vida (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003) (ANEXO C).

Quadro 1: Domínios do questionário WHOQOL-OLD em número de questões.

Domínios do questionário WHOQOL-OLD	
DOMÍNIOS	NÚMERO DAS QUESTÕES
Domínio 1 - Funcionamento do sensório	1, 2, 10 e 20
Domínio 2 – Autonomia	3, 4, 5 e 11
Domínio 3 - Atividades passadas, presentes e futuras	12, 13, 15 e 19
Domínio 4 - Participação social	14, 16, 17 e 18
Domínio 5 - Morte e morrer	6, 7, 8 e 9
Domínio 6 – Intimidade	21, 22, 23 e 24

Fonte: WHOQOL-OLD

6.5.5 Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

A escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida (GDS-15) é um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas/afirmativas, em que um resultado de cinco ou mais pontos indica possível quadro de depressão, e o escore igual ou maior do que 11 caracteriza possível depressão grave (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999) (ANEXO D).

6.5.6 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

O MEEM é um teste de fácil e rápida execução, e de ampla utilização para a detecção de indivíduos com alterações cognitivas na prática clínica e em ensaios clínicos hospitalares e comunitários. Ele possui 30 itens que aferem vários componentes dos processos cognitivos, segundo os subitens: (a) orientação no espaço, (b) orientação no tempo, (c) memória imediata, (d) atenção e cálculo, (e) memória de evocação, (f) linguagem e (g) habilidade visuo-espacial. Para avaliar o desempenho da amostra, são descritas a média do total de pontos obtidos pelas participantes e a média dos pontos obtidos em cada subitem do teste, com seu desvio-padrão (DP) e mediana. Para os analfabetos, considera-se o corte de 19 pontos, com um a três anos de escolaridade, de 23 pontos, quatro a sete anos, de 24 pontos e acima de sete anos de instrução, 28 pontos. Pacientes que apresentassem valores iguais ou acima do ponto de corte seriam considerados sem alterações cognitivas. Aqueles que apresentassem valores abaixo do ponto de corte acusariam provável déficit cognitivo, sendo necessários outros testes diagnósticos (BRUCKI et al., 2003) (ANEXO E).

6.5.7 Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

Constitui-se como uma entrevista semiestruturada, que identifica os papéis que fazem parte e organizam a rotina dos indivíduos, sendo dez os papéis ocupacionais identificados: Estudante, Trabalhador, Serviço Doméstico, Membro de Família, Cuidador, Amigo, Religioso, Participante em Organizações, Passatempo/ Amador e Voluntário. Essa lista é usada para obter a percepção do indivíduo em sua participação nos principais papéis ocupacionais ao longo da vida, bem como o grau de importância que atribui a cada um desses

papéis. Para aplicação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, foi determinada a aposentadoria como marca entre o passado e presente. Essa marca fez-se necessária para definir o padrão de desempenho do papel (perdas, ganhos, ausências, mudanças e continuidade) (CORDEIRO, 2005; KIELHOFNER, 2008). A entrevista exige, aproximadamente, 15 minutos para ser aplicada (ANEXO F).

6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos foram comparados estatisticamente por meio de ANOVA, para as variáveis paramétricas, ou pelo teste de Kruskal-Wallis, para as variáveis não-paramétricas. As variáveis categóricas foram analisadas por meio do Teste do Qui-quadrado. O nível de significância estabelecido é de 5% ($P < 0,05$). Foi utilizado o programa SPSS versão 18 para a realização dos cálculos estatísticos. Foram consideradas significativas as análises estatísticas cujo $P \leq 0,05$.

Na fase descritiva, as variáveis foram apresentadas por meio de frequências (absolutas e relativas) e medidas de tendência central (média, desvio padrão, mediana, intervalo interquartil).

6.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS e ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, para apreciação. Foi solicitada a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, contendo informações sobre a pesquisa, por todos os participantes. Os mesmos receberam uma cópia do referido documento.

Os pesquisadores asseguram que seguiram todos os preceitos éticos descritos na Resolução 466/2012 do CNS/MS.

7 RESULTADOS

7.1 AMOSTRA DA POPULAÇÃO EM GERAL

A amostra foi composta por 25 idosos aposentados (Tabela 1). A média de idade apresentada pelo grupo foi de, no mínimo, 60 anos e, no máximo, 78 anos, com idade média de 69,64 anos. De todos os idosos, 18 (72%) eram do sexo feminino e apenas 7(28%) do sexo masculino. A maioria dos participantes era casada, grupo que incluiu 10 indivíduos, sendo cinco viúvos, cinco divorciados, quatro solteiros e um separado. Todos os participantes se autodeclararam da cor branca. Quanto à escolaridade, houve uma variação entre três anos e 20,5 anos de estudo, com uma média de 14,34 anos. A maioria, nove participantes, possuía nível educacional em nível de pós-graduação.

Dentre esses idosos, nove (36%) moram sozinhos. Os demais 16 (64%) moram com outras pessoas, incluindo-se, dentre essas pessoas, mãe, esposa(o), filho, irmão.

A maioria dos indivíduos (64%) não referiram ter qualquer alteração ou problema de saúde que afete suas atividades de vida diária. Dentre os nove (32%) que relataram problemas, foram citados: fibromialgia, diabetes, obesidade, pressão alta, hérnia, tireoide, asma, enfisema pulmonar e catarata.

A média de tempo de aposentadoria é 10 anos e dois meses. A maioria dos idosos (84%) se aposentou e não está mais trabalhando.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico da população de idosos em geral

Dados sociodemográficos	n (%)	Média e desvio-padrão
Sexo		
Feminino	18 (72)	
Masculino	7 (28)	
Idade (em anos)		
		69,64(±3,53)
60 ---70	11 (56)	
70 --- 80	14 (44)	
Escolaridade (em anos)		
		14,34(±5,78)
Ensino fundamental	3 (12)	
Ensino médio	6 (24)	
Ensino superior	7 (28)	
Pós graduação	9(36)	
Estado civil		
Casado	10 (40)	
Divorciado/Separado	6 (24)	
Viúvo	5 (20)	
Solteiro	4(16)	
Com quem mora		
Sozinho	9 (36)	
Acompanhado	16 (64)	
Alteração em saúde		
Sim	9(36)	
Não	16 (64)	
Trabalha		
Sim	4 (16)	
Não	21 (84)	

Fonte: a autora

Dos 25 idosos, nove (36%) pontuam cinco pontos ou mais na escala de depressão geriátrica, representando possível quadro de depressão. Nenhum pontuou 11 pontos, índice que representaria possível quadro de depressão grave.

Em relação ao estado cognitivo, o desempenho da amostra no MEEM apresentou média de 27,92 pontos com a mediana de 29 pontos. Nenhum entrevistado apresentou alteração na orientação, no tempo e espaço e na memória imediata. O quesito atenção e cálculo teve uma média de 4,2/5,0, o quesito memória de evocação teve 2,0/3,0 e a linguagem e habilidade visuo-espacial teve 8,7/9,0.

Em relação à escolaridade, apenas quatro (16%) apresentaram valores abaixo do ponto de corte, demonstrando provável déficit cognitivo.

7.1.1 Capacidade para a tomada de decisão na população em geral

O nível 1 (fase pré-social), que corresponde ao início do desenvolvimento psicológico-moral, não teve qualquer idoso nesta classificação.

Um participante encontra-se no nível 2 (fase impulsiva), quando as decisões são tomadas a partir do desejo, não considerando as informações.

Dois idosos encaixaram-se no nível 3 (fase oportunista), quando já há valorização dos desejos e dos subsídios para que eles sejam atingidos, e dois, no quarto nível (conformista), quando as crenças do indivíduo se sobrepõem aos desejos.

O quinto nível (fase consciencioso), quando há a capacidade de tomar decisão de forma livre, considerando seus os desejos e crenças, mas ainda pode haver constrangimento externo, não incluiu qualquer idoso

O sexto nível (fase autônoma) contou com dois idosos. Neste nível, o indivíduo é capaz de tomar decisões livres de constrangimento, de modo independente e livre.

Por fim, 18 participantes atingiram o nível máximo de sete (fase integrada), quando a pessoa se percebe como parte de um todo e possui compreensão de sua interdependência. (Tabela 2)

Tabela 2: Distribuição dos 25 idosos aposentados da população em geral referente às fases do desenvolvimento psicológico-moral.

Fase do desenvolvimento psicológico-moral	Fase	N (%)
Pré-social	1	0 (0%)
Impulsivo	2	1 (4%)
Oportunista	3	2 (8%)
Conformista	4	2 (8%)
Conscienciosa	5	0 (0%)
Autônoma	6	2 (8%)
Integrado	7	18 (72%)
Total		25 (100%)

Fonte: a autora

7.1.2 Qualidade de vida na população em geral

A amostra apresentou uma qualidade de vida média avaliada em 79,2% de. Cada uma das facetas possui quatro perguntas, podendo as respostas oscilarem de quatro a 20 pontos. Para melhor visualização, o resultado foi transformado em porcentagem: quanto maior o percentual, melhor a qualidade de vida.

O primeiro domínio do questionário trata do Funcionamento dos Sentidos. Avaliando-se o impacto da perda do funcionamento dos sentidos (perdas na audição, visão, paladar, olfato, tato) na qualidade de vida, o valor encontrado foi de 83,8%.

O domínio Autonomia avalia a independência do idoso para tomar suas próprias decisões, sentir que controla seu futuro, fazer as coisas que gostaria de fazer ou acreditar que as pessoas ao seu redor respeitam sua liberdade. O percentual da amostra, neste domínio, foi de 83,4%.

No domínio Atividades passadas, presentes e futuras, avaliou-se a satisfação com as realizações na vida, com as oportunidades de novas realizações, com reconhecimento merecido na vida, a felicidade com o que ainda se espera do futuro e com objetivos a serem alcançados. O percentual obtido foi de 77%.

O domínio Participação Social demonstrou a satisfação pessoal com as atividades diárias, com o uso do tempo, com o nível pessoal de atividade e com as oportunidades de participar nas atividades da comunidade. O percentual obtido foi 74,8%.

Os domínios Morte e Morrer avaliaram as preocupações e os medos acerca da morte e do morrer. O percentual encontrado foi de 74%.

O domínio Intimidade avalia a capacidade de estabelecer relacionamentos íntimos e pessoais e apresentou o percentual de 82%.

Sendo assim, os quesitos referentes a morte e morrer apresentam a menor média, e o domínio intimidade, seguido do domínio autonomia e funcionamento dos sentidos, tem a maior média.

Tabela 3: Percentuais facetas do instrumento WHOQOL-Old na amostra dos 25 idosos aposentados da população em geral

Escala WHOQOL-Old	Resultado
Funcionamento dos Sentidos	83,8%
Autonomia	83,4%
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	77%
Participação Social	74,8%
Morte e Morrer	74%
Intimidade	82%
Escore total	79,2%

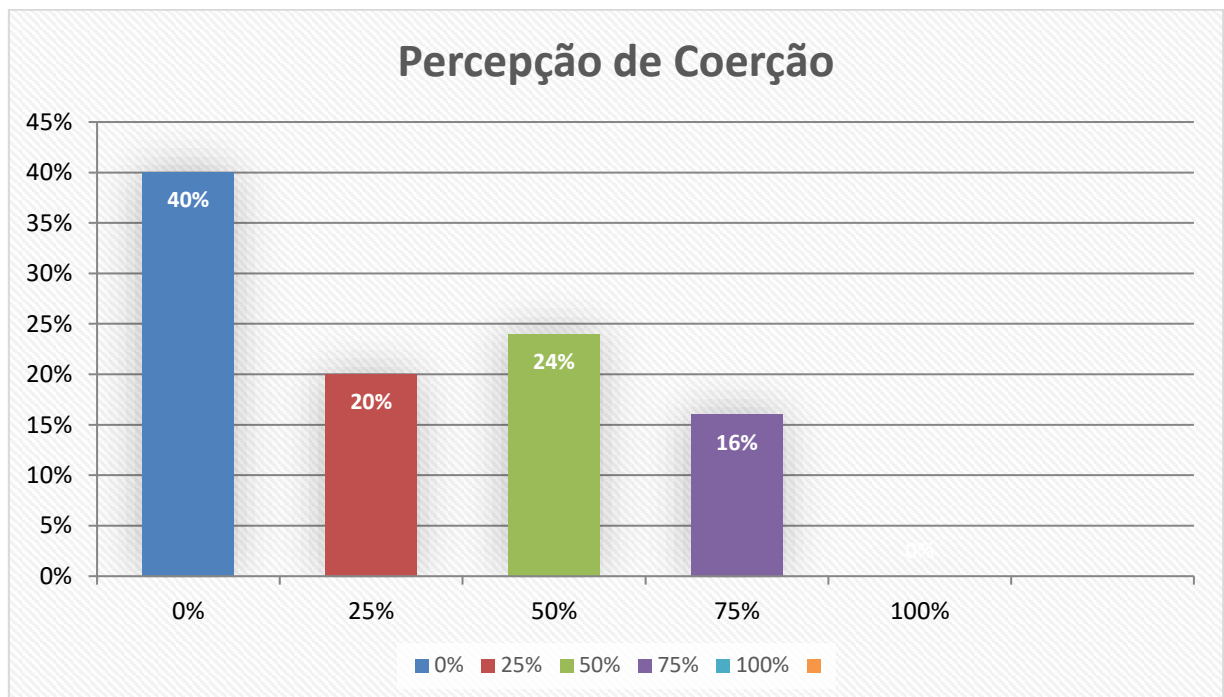
Fonte: a autora

7.1.3 Coerção em relação a aposentadoria na população em geral

A coerção foi avaliada por meio de uma escala, previamente validada, que pode variar de zero a quatro pontos, sendo zero a representação de uma ausência de coerção e quatro uma percepção de coerção máxima. Com o objetivo de facilitar a compreensão dos resultados, esta escala será apresentada em uma variação percentual, onde zero ponto corresponde a 0% e quatro pontos corresponde a 100% de percepção de coerção com relação a decisão de se aposentar.

Avaliando a distribuição das respostas obtidas, foi possível identificar que 10 (40%) dos entrevistados tiveram uma percepção nula de coerção associada à sua decisão. As demais respostas foram de cinco (20%) dos entrevistados, com uma percepção de 25% de coerção, seis (24%), com uma percepção de 50%, e apenas quatro (16%) entrevistados com 75% de percepção de coerção. Nenhum entrevistado teve escore máximo de quatro pontos, o que representa uma coerção de 100%, conforme apresentado no Gráfico 1.

Gráfico 1: – Percepção de coerção relacionada com a aposentadoria em idosos da população em geral (n=25).



Fonte: a autora

Estes resultados demonstram que 84% dos entrevistados tiveram percepção de coerção baixa, ou seja, igual ou menor de 50%. Apenas 16% dos entrevistados, tiveram uma percepção alta de coerção.

Foi questionado, igualmente, quem foi o responsável pela tomada de decisão em se aposentar. As respostas se referiram a duas categorias: 24 (96%) participantes responderam que eles próprios foram os responsáveis por tomar a decisão; o emprego foi referido por uma (4%) pessoa.

7.1.4 Papéis ocupacionais na população em geral

Todos os 10 papéis ocupacionais listados foram observados de acordo com os critérios adotados e descritos na metodologia.

Foi observado que o papel mais comum, no passado, foi o de estudante e trabalhador. Em relação ao presente, o papel mais frequente foi serviço doméstico e membro da família e em relação ao futuro foi constatado que os indivíduos mais relatam o papel de cuidador e membro de família (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos papéis ocupacionais ao longo do tempo na população em geral (n=25)

Papeis Ocupacionais	Passado	%	Presente	%	Futuro	%
Amigo	20	40%	13	26%	19	38%
Cuidador	22	44%	15	30%	21	42%
Estudante	25	50%	2	4%	4	8%
Membro de Família	20	40%	20	40%	22	44%
Organizações	15	30%	3	6%	5	10%
Passatempo	18	36%	13	26%	15	30%
Religioso	13	26%	5	10%	9	18%
Serviços Dom.	22	44%	21	42%	20	40%
Trabalhador	25	50%	6	12%	10	20%
Voluntário	6	12%	4	8%	13	26%

Fonte: a autora

7.1.4.1 Distribuição do Grau de Importância

Os participantes valorizavam todos os papéis ocupacionais, atribuindo menor importância ao papel de participação em organizações e a maior importância ao papel de membro da família, seguido de estudante e trabalhador. (Tabela 5)

Tabela 5: Distribuição dos graus de importância dos papéis ocupacionais na população em geral (n=25)

Papéis Ocupacionais	n	%	N	%	N	%
Amigo	1	4%	3	12%	21	84%
Cuidador	1	4%	6	24%	18	72%
Estudante	1	4%		0%	24	96%
Membro de Família		0%		0%	25	100%
Organizações	11	46%	9	38%	4	17%
Passatempo	4	16%	5	20%	16	64%
Religioso	5	20%	9	36%	11	44%
Serviços Dom.	3	12%	8	32%	14	56%
Trabalhador		0%	1	4%	24	96%
Voluntário	3	12%	10	40%	12	48%
Total Geral	29	12%	51	20%	169	68%

Fonte: a autora

7.2 AMOSTRA POPULAÇÃO PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS APOSENTADOS

7.2.1 Características gerais da amostra dos professores universitários aposentados

A amostra foi composta por 25 professores universitários aposentados. A média de idade apresentada pelo grupo foi de, no mínimo, 60 anos e, no máximo, 82 anos com idade média de 71,92 anos. De todos os idosos, 19 (76%) eram do sexo feminino e apenas seis (24%) do sexo masculino. A maioria dos participantes (13) era casados (as), seguido de oito divorciados, dois solteiros e dois viúvos. Todos os participantes se autodeclararam da cor branca. Quanto à escolaridade, o mínimo foi 17 anos e máximo 37 anos de estudo, com uma média de 24,44 anos, todos com pós-graduação.

Dentre esses idosos, 10 (40%) moram sozinhos, 11 (44%) moram com outra pessoa sendo esposo/esposa ou filha, três (12%) moram com três pessoas sendo marido/esposa e filho/filha e um (4%) mora com mais de três pessoas sendo essas pessoas esposa (o) e filhos.

Apenas seis (24%) referiram ter alguma alteração ou problema de saúde, que afeta as suas atividades de vida diária. Dentre os problemas citados, estão: fibromialgia, diabetes, problemas cardíacos e tratamento para oncologia.

A média de tempo de aposentadoria é de seis anos e oito meses. A maioria (72%) dos idosos aposentou-se e não está mais trabalhando e sete (28%) cumprem trabalho remunerado em outra função.

Em relação aos sintomas depressivos, apenas uma pessoa da amostra pontuou cinco pontos ou mais na escala, representando possível quadro de depressão, e nenhum pontuou 11 pontos, o que representaria possível quadro de depressão grave.

Tabela 6: Perfil sociodemográfico dos professores universitários

Dados sociodemográficos	n (%)	Média e desvio-padrão
Sexo		
Feminino	19 (76)	
Masculino	6 (24)	
Idade (em anos)		
		71,92(±5,73)
60 ---70	6 (24)	
70 --- 80	19 (76)	
Escolaridade (em anos)		
		24,44(±4,56)
Pós graduação	25 (100)	
Estado civil		
Casado	13 (52)	
Divorciado/Separado	8 (32)	
Viúvo	2 (8)	
Solteiro	2(8)	
Com quem mora		
Sozinho	10 (40)	
Acompanhado	15 (60)	
Alteração em saúde		
Sim	6(24)	
Não	19 (76)	
Trabalha		
Sim	7 (28)	
Não	18 (72%)	

Fonte: a autora

O desempenho da amostra no MEEM gerou uma média de 29 pontos. Nenhum entrevistado apresentou alteração de orientação no tempo e no espaço, na memória imediata e

em atenção e cálculo. O quesito memória de evocação teve 2,4/3,0 e linguagem e habilidade visuo-espacial, 8,7/9,0.

Em relação à escolaridade, apenas um (4%) apresentou valor abaixo do ponto de corte, que é 28 pontos, apresentando provável déficit cognitivo.

7.2.2 Capacidade para a tomada de decisão dos professores universitários aposentados

Os participantes dividiram-se da seguinte forma: um no nível três (fase oportunista), quando há valorização dos desejos e dos subsídios para que eles sejam atingidos, quatro participantes no nível seis (fase autônoma), quando o indivíduo é capaz de tomar decisões livres de constrangimento, de modo independente e livre, e 20 participantes no nível sete (fase integrada), quando a pessoa se enxerga como parte de um todo e possui compreensão de sua interdependência.

É importante destacar que 20 idosos atingiram o nível integrado, que é considerado máximo no desenvolvimento psicológico-moral de uma pessoa (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição dos 25 idosos professores universitários aposentados em relação à classificação na fase do desenvolvimento psicológico-moral

Fase do desenvolvimento psicológico-moral	Fase	N (%)
Pré-Social	1	0 (0%)
Impulsivo	2	0 (0%)
Oportunista	3	1 (4%)
Conformista	4	0 (0%)
Conscenciosa	5	0 (0%)
Autônoma	6	4 (16%)
Integrado	7	20 (80%)
Total		25 (100%)

Fonte: a autora

7.2.3 Qualidade de vida dos professores universitários aposentados

Na avaliação geral da qualidade de vida, a amostra apresentou um percentual de 82,3%. Cada uma das facetas possui quatro perguntas, podendo as respostas oscilar entre 4 e 20 pontos. Para melhor visualização do resultado, a pontuação foi convertida em porcentagem: quanto mais perto de 100% for o valor, melhor é a qualidade de vida (Tabela 8).

O primeiro domínio do questionário trata do Funcionamento dos Sentidos. Este domínio avalia o impacto da perda do funcionamento dos sentidos (perdas na audição, visão, paladar, olfato, tato) na qualidade de vida. O valor encontrado foi 85,3%.

O domínio Autonomia avalia a independência do idoso para tomar suas próprias decisões, sentir que controla seu futuro, fazer as coisas que gostaria de fazer ou acreditar que as pessoas ao seu redor respeitam sua liberdade. O percentual da amostra foi de 83,3%.

Nas Atividades passadas, presentes e futuras, avaliou-se a satisfação com as realizações na vida, com as oportunidades de novas realizações, com o reconhecimento merecido, e a felicidade com o que ainda se espera do futuro e com objetivos a serem alcançados. O percentual obtido foi de 86,8%.

O domínio Participação Social demonstrou a satisfação pessoal com as atividades diárias, com o uso do tempo, com o nível pessoal de atividade e com as oportunidades de participar nas atividades da comunidade. O percentual obtido foi 84,3%.

O domínio Morte e Morrer avalia as preocupações e os medos acerca da morte e do morrer. O percentual encontrado foi de 69,8%.

O domínio Intimidade avalia a capacidade de estabelecer relacionamentos íntimos e pessoais e apresentou o percentual de 84,5%. Sendo assim, os quesitos referentes a morte e morrer incluem a menor porcentagem, estando a maior preocupação, e uma melhor qualidade de vida, associada à satisfação com as realizações na vida.

Tabela 8: Percentual facetas do instrumento WHOQOL-Old na amostra dos 25 idosos aposentados da população em geral

Escala WHOQOL-Old	%
Funcionamento dos Sentidos	85,3%
Autonomia	83,3%
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	86,8%
Participação Social	84,3%
Morte e Morrer	69,8%
Intimidade	84,5%
Escore total	82,3%

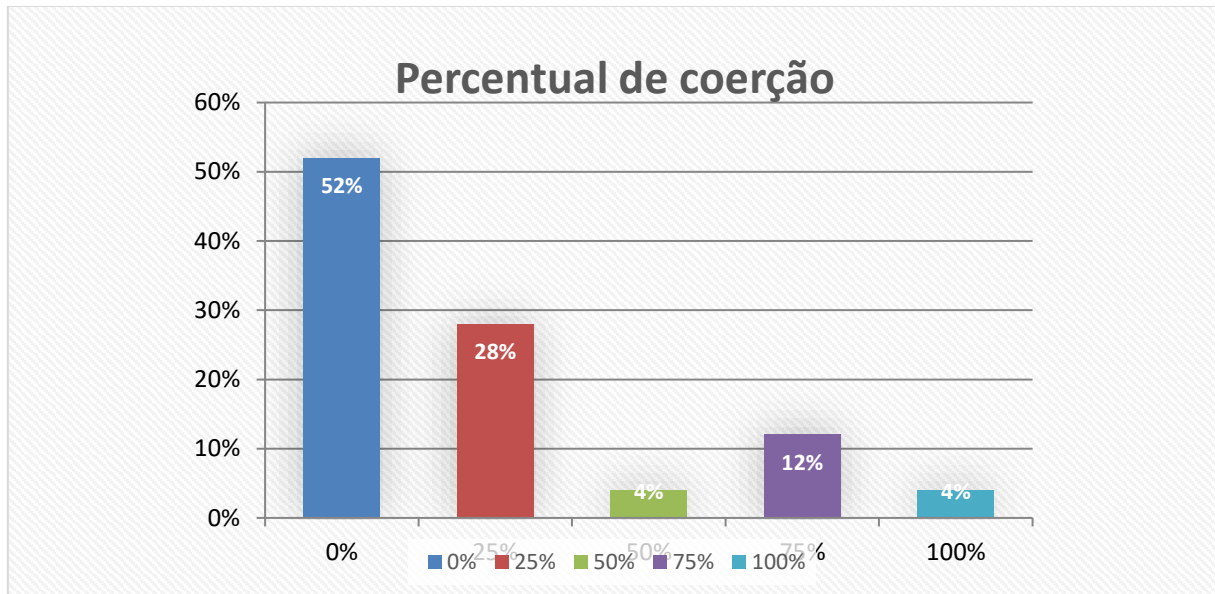
Fonte: a autora

7.2.4 Coerção em relação a aposentadoria dos professores universitários

Avaliando a distribuição das respostas obtidas, foi possível identificar que 13 (52%) dos entrevistados tiveram uma percepção nula de coerção associada à sua decisão. As demais respostas foram de sete (28%) dos entrevistados, com uma percepção de 25% de coerção, um (4%) com uma percepção de 50% e apenas três (12%) dos entrevistados com 75% de percepção de coerção. Um entrevistado teve escore máximo de quatro pontos, o que representa uma coerção de 100%.

Estes resultados demonstram que 84% dos entrevistados tiveram percepção de coerção baixa, ou seja, igual ou menor a 50%. Apenas 16% dos entrevistados tiveram uma percepção alta de coerção.

Gráfico 2: Percepção de coerção relacionada com a aposentadoria em idosos professores universitários aposentados (n=25)



Fonte: a autora

Questionou-se, igualmente, quem foi o responsável pela tomada de decisão em se aposentar. As respostas referiram-se a duas categorias: 21(84%) participantes responderam que eles próprios foram os responsáveis por tomar a decisão e os outros quatro (16%) participantes responderam que foi a universidade que tomou a decisão.

7.2.5 Papéis ocupacionais dos professores universitários aposentados

Todos os 10 papéis ocupacionais listados foram observados de acordo com os critérios adotados e descritos na metodologia.

Quanto a distribuição de cada papel no passado, presente e futuro, observou-se que os papéis mais comuns no passado foram o de estudante, trabalhador e membro de família (Tabela 9). Em relação ao presente, os papéis mais frequentes foram membro da família, passatempo e amigo, e em relação ao futuro, foi constatado que os indivíduos mais relatam, também, os papéis de membro de família, passatempo e amigo. Os papéis menos citados no passado foram voluntários, participações em organizações e religioso. Contudo, no presente e no futuro, os papéis que eles menos desempenham e não pretendem desempenhar são de estudante, religioso e trabalhador.

Tabela 9: Distribuição dos papéis ocupacionais ao longo do tempo dos professores universitários aposentados (n=25).

Papéis Ocupacionais	Passado	%	Presente	%	Futuro	%
Amigo	18	36%	20	40%	20	40%
Cuidador	22	44%	13	26%	19	38%
Estudante	25	50%	4	8%	5	10%
Membro de Família	25	50%	25	50%	25	50%
Organizações	12	24%	8	16%	10	20%
Passatempo	21	42%	23	46%	24	48%
Religioso	15	30%	5	10%	5	10%
Serviços Dom.	18	36%	19	38%	18	36%
Trabalhador	25	50%	6	12%	6	12%
Voluntário	11	22%	10	20%	17	34%

Fonte: a autora

7.2.5.1 Distribuição do Grau de Importância

Foi possível evidenciar que os participantes valorizavam todos os papéis ocupacionais, atribuindo a menor importância ao papel de participante em organizações e ao papel religioso e a maior importância ao papel de membro da família, seguido do papel de estudante, papel de trabalhador e papel de amigo (Tabela 10).

Tabela 10: Distribuição dos graus de importância dos papéis ocupacionais dos professores universitários aposentados (n=25)

Papéis Ocupacionais	Nenhuma Importância		Alguma Importância		Muita Importância	
	n	%	N	%	N	%
Amigo	1	4%		0%	24	96%
Cuidador	2	8%	3	12%	20	80%
Estudante		0%		0%	25	100%
Membro de Família		0%	1	4%	24	96%
Organizações	8	32%	11	44%	6	24%
Passa-tempo	1	4%	8	32%	16	64%
Religioso	7	28%	9	36%	9	36%
Serviços Dom.	1	4%	13	52%	11	44%
Trabalhador		0%		0%	25	100%
Voluntário	1	4%	11	44%	13	52%
Total Geral	21	8%	56	22%	173	69%

Fonte: a autora

7.3 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS ENTRE OS GRUPOS

7.3.1 Dados sociodemográficos e clínicos

A amostra total do estudo foi composta por 50 idosos, sendo 25 do primeiro grupo de idosos, da população em geral, e 25 do segundo grupo, dos professores universitários aposentados (Tabela 11). Quando são comparadas as médias de idade entre os grupos, o grupo de professores aposentados apresenta a maior média, com 71 anos. Em relação ao sexo, em ambas as amostras, houve um percentual maior de participantes do sexo feminino. O estado civil, também em ambas as amostras, predominou como casado.

Quanto à escolaridade, a amostra da população geral variou entre ensino fundamental, médio, superior e pós-graduação, com prevalência em pós-graduação (36%). Já na amostra dos professores universitários, a amostra concentrou-se 100% na pós-graduação, obtendo

maior média de anos de estudos $24,4(\pm 4,56)$, sendo essa comparação significativa, com $p > 0,05$.

Em ambos os grupos, houve predomínio de pessoas que moram acompanhadas, que não referiram possuir alterações de saúde que afetam suas atividades de vida diária. Estão aposentados e não estão com trabalho remunerado em outra função.

Tabela 11: Comparação dos dados sociodemográficos entre indivíduos da população em geral e do grupo de professores universitários

Dados sociodemográficos	População em geral (%)	Professores (%)	P
Sexo			
Feminino	18 (72%)	19 (76%)	
Masculino	7 (28%)	6 (24%)	
Idade (em anos)			
Média dp	69,6(±3,53)	71,9 (±5,73)	0,20739
Escolaridade (em anos)			
Ensino fundamental	3 (12%)		
Ensino médio	6 (24%)		
Ensino superior	7 (28%)		
Pós graduação	9(36%)	25 (100%)	
Estado civil			
Casado	10 (40%)	13 (52%)	
Divorciado/Separado	10 (40%)	10 (40%)	
Viúvo	5 (20%)	2 (8%)	
Com quem mora			0,31697
Sozinho	9 (36%)	10 (40%)	
Acompanhado	16 (64%)	15 (60%)	
Alteração em saúde			
Sim	9(36%)	6(24%)	
Não	16 (64%)	19 (76%)	
Trabalha			0,496
Sim	4 (16%)	7 (28%)	
Não	21 (84%)	18 (72%)	

Fonte: a autora

7.3.2 Comparação da capacidade para a tomada de decisão

A população em geral possui as respostas distribuídas entre as fases de desenvolvimento psicológico-moral impulsivo, oportunista, conformista, autônomo e integrado. Já na amostra de professores, as respostas estão distribuídas entre oportunista, autônomo e integrado. Em ambas as amostras, encontra-se o predomínio da Fase do desenvolvimento psicológico-moral integrado, quando a pessoa se enxerga como parte de um todo e possui compreensão de sua interdependência (Tabela 12)

Tabela 12: Desenvolvimento psicológico-moral nas duas amostras de idosos aposentados

	Desenvolvimento psicológico-moral	
Fase do desenvolvimento psicológico-moral	População em Geral N (%)	Professores N (%)
Impulsivo	1 (4%)	0 (0%)
Oportunista	2 (8%)	1 (4%)
Conformista	2 (8%)	0 (0%)
Autônoma	2 (8%)	4 (16%)
Integrado	18(72%)	20 (80%)

Fonte: a autora

7.3.2.1 Comparação das percepções de coerção entre as amostras

Avaliando a distribuição das respostas obtidas, foi possível identificar que em ambas as amostras, houve o predomínio de percepção nula de coerção associada à sua decisão, com 23 participantes, seguida do predomínio de 25% de coerção, com 12 participantes. Na amostra da população em geral, não houve nenhum participante indicando 100% de coerção.

Em ambas as amostras, 84% dos entrevistados tiveram percepção de coerção baixa, ou seja, igual ou menor a 50% (Tabela 13).

Tabela 13: Comparação das percepções de coerção nas duas amostras de idosos aposentados

Percepção de coerção	População em Geral N	Professores N (%)
0	12 (48%)	11(44%)
25	8(32%)	4 (16%)
50	1(4%)	6 (24%)
75	4 (16%)	3 (12%)
100	0	1 (4%)

Fonte: a autora

7.3.2.2 Qualidade de vida

Na qualidade de vida, relacionada com as atividades passadas, presentes e futuras, e na participação social, a amostra dos professores universitários apresentou maior escore, sendo essa relação significativa, com $p > 0,05$. (Tabela 14)

Tabela 14: Qualidade de vida nas duas amostras de idosos aposentados

	População em Geral média±dp	Professores média±dp	P
Qualidade de vida			
Funcionamento dos Sentidos	16,8 (3,65)	16,8 (2,57)	0,58 (NS)
Autonomia	16,8 (2,29)	16,3(2,27)	0,4992 (NS)
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	15,4(1,91)	17,2(1,55)	0,0014 (S)
Participação Social	15,0(3,7)	16,6 (2,1)	0,0466 (S)
Morte e Morrer	14,80(3,8)	13,7 (3,5)	0,1683 (NS)
Intimidade	16,4(4,13)	16,7 (3,26)	0,97 (NS)

Fonte: a autora

7.3.2.3 Sintomas depressivos

Em relação aos sintomas depressivos, a amostra da população geral apresentou maior pontuação para possível quadro de depressão, sendo essa comparação significativa, com $p > 0,05$. (Tabela 15)

Tabela 15: Sintomas depressivos nas duas amostras de idosos aposentados

	População em Geral média±dp	Professores média±dp	P
GDS	3,4 (±2,25)	1,48(±1,53)	0,00095

Fonte: a autora

7.3.2.4 Comparação do estado cognitivo entre os grupos

Em relação à média geral, o grupo dos professores universitários indicou maior escore quando comparado ao grupo da população em geral, porém, o valor não foi significativo. Já no quesito atenção e cálculo, os professores universitários tiveram maior escore, que determinou, significativamente, $p > 0,05$. (Tabela 16)

Tabela 16: Comparação do estado cognitivo nas duas amostras de idosos aposentados

	População em Geral média±dp	Professores média±dp	P
MEEM	27,9 (2,3438)	29,0 (1,6583)	0,06
Orientação tempo/espço	10,0	10,0	NA
Registro	3,0	3,0	NA
Atenção e cálculo	4,16 (1,4911)	4,92(0,40)	0,0192
Lembrança	2,04(0,7895)	2,40(0,7638)	0,10
Linguagem	8,72(0,5416)	8,68(1,2490)	0,1756

Fonte: a autora

7.3.2.5 Papéis ocupacionais entre os grupos

Na amostra da população em geral, os papéis mais presentes no passado foram: estudante, trabalhador, cuidador e serviços domésticos. Já na população de professores aposentados, foram os papéis de trabalhador, estudante e membro de família. Observou-se que o papel de estudante e trabalhar foi comum entre as amostras. (Tabela 17)

Tabela 17: Comparação dos papéis ocupacionais entre os grupos

Papéis	População em Geral						Professores					
	Passado		Presente		Futuro		Passado		Presente		Futuro	
Amigo	20	40%	13	26%	19	38%	18	36%	20	40%	20	40%
Cuidador	22	44%	15	30%	21	42%	22	44%	13	26%	19	38%
Estudante	25	50%	2	4%	4	8%	25	50%	4	8%	5	10%
Membro de Família	20	40%	20	40%	22	44%	25	50%	25	50%	25	50%
Organizações	15	30%	3	6%	5	10%	12	24%	8	16%	10	20%
Passa-tempo	18	36%	13	26%	15	30%	21	42%	23	46%	24	48%
Religioso	13	26%	5	10%	9	18%	15	30%	5	10%	5	10%
Serviços Dom.	22	44%	21	42%	20	40%	18	36%	19	38%	18	36%
Trabalhador	25	50%	6	12%	10	20%	25	50%	6	12%	6	12%
Voluntário	6	12%	4	8%	13	26%	11	22%	10	20%	17	34%

Fonte: a autora

Em relação ao presente, na população em geral, os papéis mais frequentes foram serviço doméstico e membro da família. Já na amostra de professores, foi membro de família, passatempo e amigo, estando, desse modo, o papel de membro de família presente nos dois.

Em relação ao futuro, foi constatado que, na população em geral, indicou-se os papéis de cuidador e membro de família de forma mais frequente, e na amostra dos professores aposentados, determinou-se os papéis de membro de família, passatempo e amigo. Em ambas as amostras, como é possível notar, o papel de membro da família foi citado.

7.3.2.6 Importância dos papéis

Tabela 18: Comparação da importância dos papéis

Importância	População em Geral						Professores					
	Nenhuma		Alguma		Muita		Nenhuma		Alguma		Muita	
Amigo	1	4%	3	12%	21	84%	1	4%	0%	24	96%	
Cuidador	1	4%	6	24%	18	72%	2	8%	3	12%	20	80%
Estudante	1	4%	0%	24	96%	0%	0%	25	100%			
Membro de Família	0%	0%	25	100%	0%	1	4%	24	96%			
Organizações	11	46%	9	38%	4	17%	8	32%	11	44%	6	24%
Passatempo	4	16%	5	20%	16	64%	1	4%	8	32%	16	64%
Religioso	5	20%	9	36%	11	44%	7	28%	9	36%	9	36%
Serviços Dom.	3	12%	8	32%	14	56%	1	4%	13	52%	11	44%
Trabalhador	0%	1	4%	24	96%	0%	0%	25	100%			
Voluntário	3	12%	10	40%	12	48%	1	4%	11	44%	13	52%
Total Geral	29	12%	51	20%	16	68%	1	4%	0%	24	96%	

Fonte: a autora

8 DISCUSSÃO

A amostra total do estudo foi composta por 50 idosos, sendo 25 do primeiro grupo de idosos, da população em geral, e 25, do segundo grupo, dos professores universitários aposentados. Quando comparadas as duas médias de idade, a média apresentada pelo grupo de professores universitários foi maior, com cerca de 71 anos. Há uma mudança no perfil de mortalidade: uma redução dos óbitos oriundos de doenças infecciosas e o aumento da dos que são provocados por causas vinculadas a doenças crônico-degenerativas, o que se associa diretamente aos processos de envelhecimento populacional, ao desenvolvimento econômico, à industrialização e à urbanização (MOMBELLI, 2020).

Em relação ao sexo, em ambas as amostras se obteve um percentual maior de participantes do sexo feminino. Na literatura, observa-se a predominância de mulheres em relação aos homens na população de idosos. Essa relação é chamada de feminização do envelhecimento (CAMPOS, 2017). Em outro estudo, com 338 idosos na cidade de Goiás, encontrou-se também a prevalência de mulheres na amostra com (67.45%) (ROCHA et al., 2017). A taxa de mortalidade dos homens é mais alta do que a das mulheres em todas as faixas etárias e para a maioria das causas de morte. Possivelmente, associa-se à maior exposição dos homens a fatores de risco, como álcool e fumo, aos acidentes de trabalho, aos homicídios e ao aumento da mortalidade por câncer de pulmão e doenças cardiovasculares (CHAIMOVICZ, 2013).

O estado civil, em ambas as amostras, predominou como casado. Estudos têm encontrado que idosos que vivem com seus cônjuges têm um importante indicador de bem-estar na velhice devido ao apoio material e emocional oferecido nesse tipo de arranjo, que contribui para maior funcionalidade e longevidade (RABELO; NERI, 2020; CAMPOS, 2017). Por outro lado, 36% dos idosos da pesquisa moram sozinhos, um estilo de moradia que tem se consolidado como tendência devido à mudança das configurações familiares relativa à quantidade de filhos e recomposições. Esse tipo de arranjo pode tanto pressupor um envelhecimento saudável, devido às características de independência e autonomia necessárias, como pode revelar-se um fator de fragilidade para a saúde física e mental de idosos (FREIRE; SILVA; NASCIMENTO, 2017).

Quanto à escolaridade, os professores universitários tiveram maior média de anos de estudo, apresentando 24,4(±4,56), sendo essa comparação significativa, com $p > 0,05$. A amostra dos professores universitários também teve maior média no MEEM. Em um estudo,

foi verificada a associação entre o nível de escolaridade e cognitivo, sendo a prevalência de comprometimento cognitivo maior em participantes que tiveram ocupações com requisitos cognitivos médios baixos e com níveis de educação formal mais baixos. Esses resultados concordam com estudos anteriores que sugerem que ter uma ocupação com alta demanda mental e ter um alto nível de escolaridade está associado a um melhor funcionamento cognitivo em idosos, fornecendo uma forma de proteção mental (LORENZO-LÓPEZ, 2017).

No presente estudo, em ambas as amostras, detectou-se idosos trabalhando mesmo após a aposentadoria. Um estudo encontrou, como principais motivos de os idosos seguirem trabalhando, a necessidade de se sentirem produtivos e, em seguida, a necessidade de realização pessoal e de convivência com outras pessoas. Os dados ainda destacam o aumento da busca por uma nova carreira, que fosse mais viável e que mantivesse seu papel de trabalhador (SANTOS; MORAES; 2020). Os fatores intrínsecos sobressaíram-se como principais fatores que levaram os aposentados a continuarem trabalhando em comparação aos fatores extrínsecos. Quando se aposentam, em vez de pararem de trabalhar, estão permanecendo no trabalho ou buscam exercer alguma outra atividade laborativa, seja por prazer ou por necessidade. Os idosos estão cada vez mais usufruindo desse tempo complementar para terem uma nova carreira, estudarem, concluírem algum projeto ou sonho que ainda não foi atingido, ou, mesmo, continuarem trabalhando (KHOURY et al., 2010).

Em relação aos sintomas depressivos, a amostra da população geral apresentou maior pontuação para possível quadro de depressão, sendo essa comparação significativa $p > 0,05$. Em um outro estudo, também se encontrou associação entre maiores índices de depressão e menores níveis educacionais (CUNHA, 2012; MAXIMIANO-BARRETO et al., 2019). No presente estudo, a amostra de professores universitários apresenta maior escolaridade, podendo estar associada a esse fato.

A depressão em idosos vai além dos sintomas comuns. Costuma ser acompanhada por queixas somáticas, hipocondria, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, tendência autodepreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranoide e pensamento recorrente de suicídio (DE MORAES et al, 2019). Tais sintomas, segundo a literatura, podem estar associados à aposentadoria. De forma mais direta, os sintomas listados estão associados a casos de depressão pela falta de preparação para aposentadoria e ao fato de não conseguirem lidar com o excesso de tempo, afirmando que se sentem inúteis, que não

servem mais à sociedade (SILVA et al., 2018). Outro fator é a compreensão que o idoso possui de seu próprio envelhecimento e do processo na vivência da aposentadoria. Não menos importantes pode-se incluir às causas já citadas problemas como a frustração da realização pessoal e ausência de projetos pós-aposentadoria (ALVARENGA, 2009).

Na qualidade de vida, relacionada às atividades passadas, presentes e futuras e à participação social, a amostra dos professores universitários teve maior escore quando comparado ao da população em geral, sendo essa relação significativa $p > 0,05$. No quesito qualidade de vida, uma das facetas de maior relação com uma melhor qualidade de vida foi a autonomia, em ambas as amostras, o que também foi encontrado em um outro estudo, realizado no estado do Rio Grande do Sul (RS). Neste estudo, destaca-se que a autonomia e a liberdade para gerenciar a própria vida são sinônimos de aptidão para tomar as próprias decisões, levando a uma melhor qualidade de vida. A autonomia entendida como respeito à pessoa, é condição para um processo de envelhecimento mais prazeroso e significativo (CELICH; CREUTZBERG; GOLDIM; 2016).

Tratando-se da relação da maior qualidade de vida com o fator intimidade, pode-se justificar pelo fato de a maioria dos participantes da amostra ser casada. A ideia de que há pessoas disponíveis para ajudar no dia a dia, nas necessidades especiais que possam vir a ter, atua como moderador do efeito dos eventos estressantes sobre o bem-estar psicológico dos idosos e afeta positivamente a sua saúde física e mental (RABELO; NERI; 2016). A manutenção de relações sociais com cônjuge, familiares e amigos da mesma geração favorece o bem-estar psicológico e social dos idosos (SILVA et al.; 2020).

Também relacionados com a qualidade de vida estão os fatores morte e morrer em ambas as amostras. Os sentimentos decorridos diante da morte de um idoso são difíceis, por incitarem a reflexão de algo que é próprio no homem: sua finitude. A morte é vista social e culturalmente como parte do processo de vida dos indivíduos. Isso foi diferente há algum tempo, em que a morte era vista como um castigo ou uma punição dos ancestrais aos que cometessem algum tipo de pecado. Essa cultura modificou-se ao longo da história. Porém, os sentimentos humanos continuam a existir de forma a não haver um modo concreto de explicá-la (TREVISAN et al. 2013). Essas diferenças culturais podem ser vistas comparando o presente estudo, em que o quesito morte e morrer foi o que apresentou a menor média relacionada à qualidade de vida, com um estudo realizado na Eslováquia com 102 idosos, que

demonstra uma maior qualidade de vida interligada ao quesito morte, avaliado como um aspecto com que se lida com tranquilidade no envelhecimento (SOÓSOVÁ, 2016). Contudo, pode haver também uma mesma percepção em diferentes culturas.

No presente estudo, verificou-se que, em ambas as amostras, os entrevistados tiveram uma percepção baixa de coerção, ou seja, a decisão de aposentar-se foi sua. Este resultado também é encontrado em outro estudo realizado com 552 idosos, no Rio Grande do Sul (RS), com o objetivo de avaliar a capacidade de pessoas idosas para a tomada de decisão. Observou-se, na pesquisa, que todos mantinham a capacidade para a tomada de decisão preservada, ou seja, estavam aptos a fazerem suas escolhas de acordo com o seu melhor interesse (DEON, GOLDIM; 2016). O fato também foi encontrado em outro estudo realizado no Rio Grande do Sul, com 25 idosos, desenvolvido com o objetivo de avaliar a expressão de coerção com o uso da teleassistência. Neste grupo de idosos, que utilizavam esta tecnologia, 48% foram os principais responsáveis por tomar a decisão de utilizar a teleassistência (NEVES, GOLDIM; 2018), o que demonstra que, devido à complexidade do processo de envelhecimento, não é possível estabelecer uma idade limite para a perda da capacidade para tomada de decisão. É importante a construção de uma relação com o idoso livre de perspectivas preconceituosas. Isso poderá possibilitar o exercício da autonomia pelo idoso, ou seja, o poder de decisão sobre si mesmo, para assumir o controle de sua própria vida (CUNHA et al.; 2012).

No presente estudo, ambas as amostras se encontram, predominantemente, na Fase do desenvolvimento psicológico-moral integrado, que é quando a pessoa se enxerga como parte de um todo e possui compreensão de sua interdependência. Este é o nível mais elevado de desenvolvimento psicológico moral, sendo que o desenvolvimento moral do ser humano inicia-se nas relações que ele estabelece com seu meio desde o momento em que nasce. Essas relações são permeadas por valores, princípios e regras para o convívio coletivo (PEREIRA; MORAIS, 2016). O presente estudo vai contra o que foi encontrado em um estudo realizado com 89 pacientes, com idades que variam entre 25 e 83 anos, no qual nenhuma pessoa esteve no desenvolvimento integrado (WITTMANN-VIEIRA, GOLDIM, 2012). Em um outro estudo com idosos institucionalizadas e não institucionalizados, identificou-se a maioria dos idosos como estando nas fases conformista e conscienciosa, demonstrando que têm condições de tomarem decisões de acordo com seu melhor interesse, não havendo, também, nenhum na

fase integrada (RAMOS, 2012). Resultado semelhante foi encontrado em um outro estudo com idosos do interior do estado do Rio Grande do Sul, identificando-se que os idosos não institucionalizados também apresentam capacidade para tomar decisões, os quais encontram-se, em sua maioria, na fase conscienciosa, e nenhum deles na integrada (BAJOTTO; GOLDIM, 2011). Podemos concluir que a presente amostra se destaca, quando comparada aos outros estudos com idosos, pois indica indivíduos com maior compreensão de sua interdependência e com autonomia, o que também foi observado na avaliação da coerção em relação à aposentadoria. A grande maioria não teve coerção para se aposentar e manteve-se com sua autonomia preservada.

Em relação aos papéis ocupacionais, é importante lembrar que, quando o indivíduo se aposenta, ele sai de sua rotina e muda completamente sua situação e suas atividades, ocorrendo uma alteração nos papéis ocupacionais. Esses papéis são funções e práticas que os indivíduos vão adquirindo ao longo da vida, relacionam-se com as fases/anseios e sofrem influência do ambiente e das expectativas sociais (SILVA, 2011). São eles que auxiliam na inserção social dos indivíduos, já que ajudam no desenvolvimento da identidade pessoal, na organização dos comportamentos produtivos e na criação de expectativas sociais (KIELHOFNER, 2008 apud SILVA, 2011).

Um estudo realizado na Austrália utilizou a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais numa população idosa e buscou caracterizar quais são os papéis ocupacionais desempenhados. Os resultados indicaram equilíbrio na distribuição de papéis. Destaca-se o envolvimento de modo contínuo com os papéis *Membro de Família, Amigo e Serviço Doméstico*. Os dados do estudo australiano contrastam com o padrão de desempenho aqui apresentado para os papéis *Passatempo/Amador, Participação em Organizações, voluntário e Religioso*, que parecem ser mais comuns para a população de idosos australianos (MCKENNA, 2007). Os papéis ocupacionais definem a participação da pessoa em sociedade nos diferentes contextos, sendo este um componente de adaptação social, emocional e biológico (CORDEIRO, 2005), podendo sofrer modificações de acordo com a cultura, classe social, interesses, produtividade e estágio de desenvolvimento.

O papel de cuidador apresentou-se de modo frequente em ambas as amostras, com predominância no futuro. A decisão de cuidar de um parente é muitas vezes motivada pela necessidade e, portanto, não um ato voluntário. Tal decisão pode levar a grandes mudanças na

organização da família, nos papéis e nas funções dos membros da família, na capacidade de trabalhar fora de casa ou em relação a compromissos sociais. Estudos mostram que com o aumento das demandas, as responsabilidades de cuidar, competem com o tempo e a energia para a família, com o trabalho externo e com a saúde pessoal (FRIEDEMANN, BUCKWALTER, 2014)

O papel de membro de família apareceu como mais frequente no presente em ambas as amostras, além de ter sido considerado muito importante, sendo que, à medida que a expectativa de vida dos idosos, por conta de melhores cuidados médicos, as famílias são, cada vez mais, forçadas a assumir o papel de cuidadores e, à medida que o número de irmãos disponíveis nas famílias fica menor, muitos desses cuidadores familiares têm que assumir as responsabilidades sozinhos ou com pouca ajuda (CALDAS, 2003). Na presente amostra, há um maior percentual de indivíduos do sexo feminino, o que pode interferir no papel ocupacional de cuidador no futuro. Um estudo realizado com 533 cuidadores, de múltiplas culturas, detectou que as mulheres realizavam mais trabalho de cuidar do que os homens, possivelmente porque estavam mais emocionalmente envolvidas com o paciente (FRIEDEMANN; BUCKWALTER, 2014).

Em ambas as amostras, o papel ocupacional voluntário apresentou a maior prevalência no aspecto desejo de realizar no futuro e obtendo importância nas duas amostras. Segundo Kielhofner (2008), os papéis capacitam os indivíduos a construir sua participação ocupacional e auxiliam a organizar os comportamentos produtivos, provendo identidade pessoal, conferindo expectativas sociais, organizando o uso do tempo, e inserindo o indivíduo na estrutura social. Um estudo realizado com o objetivo de analisar a percepção de pessoas idosas com base na sua participação em projetos de inclusão social demonstrou que os principais objetivos da inserção em voluntariado são a busca pelo contato social, a necessidade de aprendizagem, o preenchimento do tempo livre e a busca por melhoria na saúde (ALENCAR, 2020). Em outro estudo, realizado com 60 idosos, identificou-se, como motivação na participação de projetos voluntários, aspectos que vão muito além da ampliação e da transmissão de conhecimentos. Dentre as motivações estão inclusos, principalmente, o convívio, a criação e o estabelecimento de vínculos com uma diversidade de sujeitos que participam do programa, desde aqueles que partilham da mesma faixa etária aos que pertencem a classes sociais diferentes (ANDRADE, 2014).

Outro papel frequentemente presente na população em geral foi o de serviço doméstico, sendo que, após a aposentadoria, esse papel está mais presente e destacado, tendo sido classificado pela maioria como de grande importância. Na literatura, encontrou-se, como um ponto relevante, o fato de que a ausência de trabalho pode gerar o retorno ao ambiente doméstico, algo que, talvez, não seja atrativo para alguns devido às dificuldades familiares ou por conta da percepção de que as atividades domésticas não são significativas. Esse tipo de representação parece levar a pessoa a vislumbrar potenciais dificuldades de ajustamento na aposentadoria, refletindo, na prática, em sua intenção de adiar a decisão e permanecer trabalhando (MACEDO; BENDASSOLLI; TORRES, 2017).

Em relação ao papel passatempo, identificou-se predomínio somente na população de professores. Algumas idosas consideram o momento da saída do mercado de trabalho e, conseqüentemente, da obtenção da aposentadoria, como uma oportunidade para estabelecer novos projetos e mudanças nas rotinas de vida, incluindo maior participação no cotidiano familiar, o que pode trazer novas possibilidades de atividade e de utilidade (BRITO, 2020).

9 CONCLUSÕES

O presente estudo encontrou um perfil de idosos semelhante entre as amostras: a maioria dos participantes é do sexo feminino, casada, autodeclara-se da cor branca, mora com outra pessoa, não refere ter alguma alteração ou problema de saúde, aposentou-se e não está mais trabalhando.

Na qualidade de vida, relacionada com as atividades passadas, presentes e futuras, e na participação social, a amostra dos professores universitários teve maior escore, podendo estar associada ao estilo e padrão de vida.

Em relação aos papéis ocupacionais, observa-se uma alternância, visto que, na população dos professores universitários, aparecem papéis que não foram citados pela população em geral, tais como amigo, passatempo, e, na população em geral, aparece um papel que não foi citado na outra categoria, no passado, no presente ou no futuro, que é o serviço doméstico. Em relação aos sintomas depressivos, a amostra da população geral apresentou maior pontuação para possível quadro de depressão

Em ambas as amostras, os entrevistados tiveram percepção de coerção baixa, ou seja, igual ou menor a 50%, e encontram-se no estágio mais avançado no desenvolvimento psicológico moral, que é o integrado.

A descrição das semelhanças e das diferenças entre os grupos objetiva contribuir para o entendimento das repercussões da interação entre processos de envelhecimento e de aposentadoria, assim como auxiliar na busca de estratégias para minimizar o possível sofrimento e alterações nessa nova etapa da vida, associada à aposentadoria.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, H. V.; MARTINS, M.; JESUS e SILVA, M. Aqui aprendemos a viver a nossa idade: reflexões e experiências de pessoas idosas participantes de um projeto de inclusão social. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 3, 253-276, 2020.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Reliability of the Brazilian version of the geriatric depression scale (GDS) short form. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57, n. 2 B, p. 421–426, 1999.

ANDRADE, A. N. et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 17, n. 1, p. 39-48, 2014.

ALVARENGA, L. N. et al. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 796-802, 2009.

ALVES, D. S. B. et al. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 63–69, 2016.

ALVES, R. G. O.; FERNANDES, M. S.; GOLDIM, J. R. Autonomia, autodeterminação e incapacidade civil: uma análise sob a perspectiva da bioética e dos direitos humanos. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 18, n. 3, p. 215–242, 2018.

BAJOTTO, A. P.; GOLDIM, J. R. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 753–761, 2011.

BEZERRA, F. C.; ALMEIDA, M. I. DE; NÓBREGA-TERRIEN, S. M. Estudos sobre envelhecimento no Brasil: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 155–167, 2012.

BRITO, E. S.; FERREIRA, M. M.; RABINOVICH, E. P.; DIAS, C. M. S. B. Panorama das Características de Pessoas Centenárias na Bahia e Pernambuco. **Revista Kairós**, v. 23, n. 3, 2020.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 3 B, p. 777–781, 2003.

CAMPOS, A. C. V. et al. Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. **Acta paul. enferm.**, v. 30, n. 4, p. 358-367, 2017.

CELICH, K. L. S.; GOLDIM, J. R. Capacidade pra tomada de decisão e as implicações na qualidade de vida na velhice. In: SANTIN, J. R.; BERTOLIN, T. E.; DIEHL, A. A. (Eds.). **Envelhecimento humano: saúde e qualidade de vida**. 1. ed. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2009. p. 120–132.

CELICH, K. L. S.; GOLDIM, J. R. Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade. **Nursing (São Paulo)**, v. 13, n. 147, p. 400–405, 2010.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013. 167 p.

CHAVES, A. S. et al. Association between cognitive decline and the quality of life of hypertensive elderly individuals. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 545–556, 2015.

CORDEIRO, J. J. R. **Validação da lista de identificação de papéis ocupacionais em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil**. 2005. 123 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

CORDEIRO, J. et al. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio De Janeiro**, v. 17, n. 3, p. 541–552, 2014.

COSTA, A. B.; SOARES, D. H. P. Aposentadoria e espaços urbanos: existe um lugar para o aposentado? **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 427–436, 2015.

CUNHA, J. X. P. DA et al. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 657–664, 2012.

DEON, R. G.; GOLDIM, J. R. Capacidade de tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v. 21, n. 1, p. 123–133, 2016.

FAGUNDES, T. A. et al. Functional disability in elderly with dementia. **Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 25, p. 159–169, 2017.

FLECK, M. P. A; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de saúde pública**, v. 37, n. 6, p. 793–799, 2003.

FREIRE, M. B. B., SILVA, J. K. M.; NASCIMENTO, E. G. C. Avaliação dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 20, n. 23, p. 43-65, 2017.

FRIEDEMANN, M. L.; BUCKWALTER, K. C. O papel do cuidador familiar e a carga relacionada ao gênero e às relações familiares. **Journal of family enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 313–336, 2014.

GARDNER, W. et al. Two Scales for Measuring Patients' Perceptions for Coercion During Mental Hospital Admission. **Behavioral sciences & the law**, v. 11, p. 307–321, 1993.

GOLDIM, J. R. Bioética: Origens e Complexidade/Bioethics: Origins and Complexity. **Revista HCPA**, v. 26, n. 2, p. 86–92, 2006.

HESS, T. M.; QUEEN, T. L.; ENNIS, G. E. Age and Self-Relevance Effects on Information Search during Decision-Making. **Journal of Gerontology: Psychological Science**, v. 68, p. 703–711, 2013.

KIELHOFNER, G. **Model of Human Occupation: Theory and Application**. Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

KHOURY, H. T. T. et al. Why retired come back to work? The role of psychosocial factors. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 13, n.1, p. 147-165, 2010.

KRAWULSKI, E. et al. Docência voluntária na aposentadoria: transição entre o trabalho e o não trabalho. **Psicologia - Teoria e Prática**, v. 19, n. 1, p. 55–66, 2017.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165–180, 2012.

LOEVINGER, J.; WESSLER, R. **Measuring ego development: Construction and use of a sentence completion test**. San Francisco: Jossey-Bass, 1970.

LORENZO-LÓPEZ, L, et al. Effects of Degree of Urbanization and Lifetime Longest-Held Occupation on Cognitive Impairment Prevalence in an Older Spanish Population. **Frontiers in Psychology**, v. 8, 2017.

MACEDO, L. S. S.; BENDASSOLLI, P. F.; TORRES, T. L. Representações sociais da aposentadoria e intenção de continuar trabalhando. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, 2017.

MANNINI, J.; NASCIMENTO, J. S.; P. M. B. A rotina ocupacional de pacientes implantados com cardiodesfibriladores. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 23, p. 31–42, 2015.

MARTINS, R. M, L.; MESTRE, M. A. Esperança E Qualidade De Vida Em Idosos Hope and Quality of Life in the Elderly. **Millenium**, v. 47, p. 153–162, 2014.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A. et. al. Ansiedade e depressão e a relação com a desigualdade social entre idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 20, n. 1, p. 209-219, 2019.

MIRANDA, D. et al. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507–19, 2016.

MIRANDOLA, A. R.; BÓS, A. J. G. Relationship between physical function and decision-making capacity in oldest-old. **PAJAR - Pan American Journal of Aging Research**, v. 3, n. 2, p. 53–59, 2015.

MOMBELLI, G. **Envelhecimento populacional e a questão do cuidado**. 2020. 46 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social). Curso de Serviço Social, Escola de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2020.

MORAES-JUNIOR, R. F. et al. Principais fatores de risco para delirium encontrados nos pacientes idosos internados nas enfermarias de clínica médica de um hospital da Amazônia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 17, p. 272-e272, 2019.

MORSCH, P. et al. Factors associated with health-related decision-making in older adults from Southern Brazil. **Geriatrics and Gerontology International**, v. 17, n. 5, p. 798–803, 2017.

MURTA, S. G. et al. Preparação para a Aposentadoria: Implantação e Avaliação do Programa Viva Mais! **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 27, n. 1, p. 1–9, 2014.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Brasil: Alínea, 2001.

NEVES, B. B.; GOLDIM, J. R. Teleassistência em idosos: coerção, confiança e satisfação associadas à sua utilização. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 21, n. 4, p. 464-471, 2018.

PEREIRA, D. R.; MORAIS, A. Desenvolvimento moral: o que a educação infantil tem a ver com isso?. **Schème: Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas**, v. 8, n. 2, p. 105-137, 2016.

PINTO, S. C. A.; PONTES, L. M. Occupational Therapy Intervention : Effects. **Rev Ter Ocup**, v. 26, n. November 2011, p. 109–119, 2012.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Avaliação das Relações Familiares por Idosos com Diferentes Condições Sociodemográficas e de Saúde. **Psico-USF**, v. 21, n. 3, p. 663-675, 2020.

RAYMUNDO, M. M.; GOLDIM, J. R. Moral-psychological development related to the capacity of adolescents and elderly patients to consent. **Journal of Medical Ethics**, v. 34, n. 8, p. 602–605, 2008.

ROCHA, F. S.; OLIVEIRA, P. C.; GARDENGHI, G. Perfil de idosos submetidos à avaliação geriátrica ampla em serviço de reabilitação. **Revista Brasileira de promoção de saúde**. v. 30, n. 2, 2017.

SANTOS, C. A. V.; SANTOS, J. L. F. O desempenho de papéis ocupacionais de idosos sem e com sintomas depressivos em acompanhamento geriátrico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 273–283, 2015.

SANTOS, J. X.; MORAES, B. M. Aposentados que trabalham: fatores relacionados a permanência no mercado de trabalho/Retired workers: factors related to permanence in the labor market. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO**, v. 4, n. 4, p. 587-602, 2020.

SAQUETTO, M. et al. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 518–524, 2013.

- SILVA, T. G. P. **A influência dos papéis ocupacionais na qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia**. 2011. 115f. Tese (Mestrado em Saúde Mental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2011.
- SILVA, S. P. Z.; MARIN, M. J. S.; RODRIGUES, M. R. Living and health conditions of elderly people over 80. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 3, p. 42–48, 2015.
- SILVA, M. M.; TURRA, V.; CHARIGLIONE, I. P. F. S. Elderly, depression and retirement: A systematic review of literature. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 10, n. 2, p. 119-136, 2018.
- SILVA, D. C. et al. Qualidade de vida do idoso na perspectiva dos gêneros. Um estudo baseado em dados secundários. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 46160-46175, 2020.
- SOÓSOVÁ, M. S. Determinants of quality of life in the elderly. **Central European Journal of Nursing and Midwifery**, v. 7, n. 3, p. 484-493, 2016.
- SOUZA, E. L. P. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. **Boletim da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, v. 3, n.7, p. 5-16, 1968.
- TABORDA, J. G. V. **Percepção de coerção em pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos hospitalizados**. 2002. 107 f. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- TEIXEIRA, C. et al. Atividade física, autoestima e depressão em idosos. **Cuadernos de Psicología del Deporte**, v. 16, n. 2009, p. 55–66, 2016.
- TREVISAN, Mauro et al. Olhares acerca da finitude em idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 10, n. 3, 2013.
- VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, p. 1–9, 2013.
- WAGNER, G. P.; PARENTE, M. A. D. M. P. O Desempenho de idosos quanto a tomada de decisão em duas variações do Iowa Gambling Test. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, p. 425–433, 2009.
- WITTMANN-VIEIRA, R.; GOLDIM, J. R. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 334–339, 2012.

ANEXOS

ANEXO A - Escala de Expressão de Coerção

Leia as seguintes frases e assinale se concorda ou discorda da afirmação:

	Concordo	Discordo
Você teve oportunidade suficiente de dizer se queria se aposentar?		
Você teve oportunidade de dizer o que queria a respeito da aposentadoria?		
Ninguém parecia interessado em saber se você queria se aposentar?		
A sua opinião sobre a aposentadoria não interessou.		

Quem foi a pessoa responsável pela tomada de decisão em se aposentar? _____ Grau de parentesco

ANEXO B - Instrumento de desenvolvimento psicológico-moral

Nome: _____

Idade: _____ anos

Profissão: _____

Data de Preenchimento: ____/____/____

Escolaridade: Analfabeto 3º grau incompleto

1º grau incompleto 3º grau completo

1º grau completo Especialização

2º grau incompleto Mestrado

2º grau completo Doutorado

Assinale 3 afirmações que correspondam ao seu gosto pessoal:

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO C - Qualidade de vida no idoso – WHOQOL - old

QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO - WHOQOL – OLD

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

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

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

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

Q.2 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

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

Q.3 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

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

Q.4 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

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

Q.5 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

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

Q.6 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

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

Q.7 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

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

Q.8 O quanto você tem medo de morrer?

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

Q.9 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

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

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

Q.10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

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

Q.11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

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

Q.12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

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

Q.13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

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

Q.14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

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

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

Q.15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3)

Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3)

Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3)

Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3)

Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

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

Q.20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

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

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

Q.21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

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

Q.22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

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

Q.23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

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

Q.24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

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

ANEXO D - Escala de depressão geriátrica – GDS

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com freqüência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se freqüentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.
1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.
Total > 5 = suspeita de depressão

ANEXO E - Mini exame do estado mental

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação Temporal Espacial – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

Linguagem – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.


Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()

Avaliação em: ____/____/____ Avaliador: _____.

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p>Orientação Temporal Espacial</p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1 Dia do mês? _____ 1 Mês? _____ 1 Ano? _____ 1 Hora aproximada? _____ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? _____ 1 Instituição (casa, rua)? _____ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. _____ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1</p>
<p>Registros</p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p>
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5</p>	
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	

ANEXO F – Lista de identificação de papéis ocupacionais**ANEXO A - LISTA DE IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS**

Data: __/__/__

Nome: _____ Idade: ____

Sexo: Masculino FemininoVocê é aposentado (a)? Sim NãoEstado civil: Solteiro Casado Separado Divorciado Viúvo

O propósito desta lista é identificar os papéis em sua vida.

A lista de identificação, que é dividida em 2 partes, apresenta 10 papéis e define cada um.

Parte 1

Ao lado de cada papel, indique marcando a coluna correspondente, se você desempenhou o papel no passado, se você desempenha no presente, e se planeja desempenhá-lo no futuro. Você pode marcar mais de uma coluna para cada papel. Por exemplo, se você foi voluntário no passado, não é voluntário no presente, mas planeja isso no futuro, deve marcar as colunas passado e futuro.

PAPEL	PASSADO	PRESENTE	FUTURO
ESTUDANTE: Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
TRABALHADOR: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral.			
VOLUNTÁRIO: Serviços gratuitos, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.			
CUIDADOR: Responsabilidade, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em prestar cuidados a filho, esposo (a), parente ou amigo.			
SERVIÇO DOMÉSTICO: <i>Pele menos uma vez por semana</i> , responsável pelo cuidado da casa através de serviços como, por exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
AMIGO: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, <i>pele menos uma vez por semana</i> , com amigo.			
MEMBRO DE FAMÍLIA: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, <i>pele menos uma vez por semana</i> , com um membro da família tal como filho, esposo (a), pais ou outro parente.			
RELIGIOSO: Envolvimento, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em grupos ou atividades filiadas a sua religião (excluindo-se o culto religioso).			
PASSATEMPO / AMADOR: Envolvimento, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em atividades de passatempo ou como amador, tais como costurar, tocar instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.			
PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES: Envolvimento, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em organizações tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso, etc.			
OUTRO: Um papel não listado que você tenha desempenhado, desempenha no momento e/ou planeja para o futuro. Escreva o papel na linha acima e marque a(s) coluna(s) correspondente(s).			

Parte 2

Os mesmos papéis são listados abaixo. Junto de cada papel, marque a coluna que melhor indica o valor ou importância que esse papel tem para você. Responda cada papel, mesmo que nunca o desempenhou ou não planeja desempenhá-lo.

PAPEL	NENHUMA IMPORTÂNCIA	ALGUMA IMPORTÂNCIA	MUITA IMPORTÂNCIA
ESTUDANTE: Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
TRABALHADOR: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral.			
VOLUNTÁRIO: Serviços gratuitos, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.			
CUIDADOR: Responsabilidade, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em prestar cuidados a filho, esposo (a), parente ou amigo.			
SERVIÇO DOMÉSTICO: <i>Pele menos uma vez por semana</i> , responsável pelo cuidado da casa através de serviços como, por exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
AMIGO: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, <i>pele menos uma vez por semana</i> , com amigo.			
MEMBRO DE FAMÍLIA: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, <i>pele menos uma vez por semana</i> , com um membro da família tal como filho, esposo (a), pais ou outro parente.			
RELIGIOSO: Envolvimento, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em grupos ou atividades filiadas a sua religião (excluindo-se o culto religioso).			
PASSATEMPO / AMADOR: Envolvimento, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em atividades de passatempo ou como amador, tais como costurar, tocar instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.			
PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES: Envolvimento, <i>pele menos uma vez por semana</i> , em organizações tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso, etc.			

ANEXO G - Carta de aprovação do CEP/PUCRS**SIPESQ**
Sistema de Pesquisas da PUCRS

Código SIPESQ: 9012

Porto Alegre, 13 de fevereiro de 2019.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica da ESCOLA DE MEDICINA da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "A influência da estrutura hierárquica no processo de tomada de decisão para aposentadoria". Este projeto necessita da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica da ESCOLA DE MEDICINA

ANEXO H - Carta de aprovação Plataforma Brasil

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INFLUÊNCIA DA ESTRUTURA HIERÁRQUICA NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO PARA APOSENTADORIA

Pesquisador: José Roberto Goldim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11610319.5.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.376.249

Apresentação do Projeto:

Introdução: Nos dias atuais já se observa um aumento significativo de pessoas idosas. Sendo que neste processo de envelhecimento é necessário lidar com alterações no cotidiano e realizar escolhas difíceis, muitas vezes, relacionadas a própria saúde do idoso e os processos que ele pode vir a passar como é o caso da aposentadoria. **Objetivo:** Visto isso, este projeto tem como objetivo avaliar a influência da estrutura hierárquica do vínculo profissional no processo de tomada de decisão para aposentadoria. **Metodologia:** Se tratando de um estudo transversal com a amostra de 75 pessoas, de três diferentes amostras: uma composta por militares já reformados da Força Aérea Brasileira, outra de idosos na população em geral e outra de professores universitários, todos com 60 ou mais anos, independentemente do sexo, que já estão aposentados. Os dados serão coletados por meio de entrevistas, a partir de um roteiro estruturado, com sete instrumentos: questionário com informações sociodemográficas, avaliação de expressão de coerção e tomada de decisão em relação a aposentadoria, qualidade de vida, sintomas depressivos, estado cognitivo, e os papéis ocupacionais. Após os dados serão analisados quantitativamente, através de estatística descritiva e analítica. Na fase descritiva, as variáveis serão apresentadas por meio de frequências (absolutas e relativas) e medidas de tendência central (média, desvio padrão, mediana, intervalo interquartil). **JUSTIFICATIVA**

O indivíduo passa por diversas transformações ao longo de sua vida, seja física, psicológica e

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 3.376.249

Outros	carta_de_respostas.docx	13:32:45	Bruna Borba Neves	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento.docx	17/05/2019 13:31:57	Bruna Borba Neves	Acelto
Orçamento	orcamento.docx	17/05/2019 13:30:02	Bruna Borba Neves	Acelto
Outros	delegacao_de_funcoes.pdf	08/04/2019 15:24:51	Bruna Borba Neves	Acelto
Outros	plano_de_recrutamento.pdf	08/04/2019 15:23:49	Bruna Borba Neves	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	01/04/2019 18:53:47	Bruna Borba Neves	Acelto
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	01/04/2019 18:52:03	Bruna Borba Neves	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_adultos.docx	22/02/2019 22:45:40	Bruna Borba Neves	Acelto
Cronograma	modelo_orcamento_.doc	22/02/2019 22:37:24	Bruna Borba Neves	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 06 de Junho de 2019

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**Nº do projeto CAAE: 11610319.5.0000.5327**

Título do Projeto: A INFLUÊNCIA DA ESTRUTURA HIERÁRQUICA NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO PARA APOSENTADORIA

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a influência da estrutura hierárquica do vínculo profissional no processo de tomada de decisão para aposentadoria. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência (LAPEBEC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: Responder a sete questionários, que envolvem informações sociodemográficas, a decisão sobre se aposentar, aspectos da sua vida diária e também aspectos emocionais. Os questionários serão aplicados pela pesquisadora, em um lugar reservado, e a resposta aos questionários deve durar em torno de 60 minutos.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, mas poderá haver algum desconforto ou constrangimento ao responder perguntas pessoais.

A presente pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 36 de

95

CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre (MR 05/11/2015)

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Prof. Dr. José Roberto Goldim, ou com a pesquisadora Bruna Borba Neves, pelo telefone 51-33597615, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Sexo:

Feminino Masculino

Você se considera de qual gênero:

Você se declara de qual cor:

Qual seu estado civil:

Escolaridade:

analfabeto ensino fundamental ensino médio

ensino superior pós graduado

Escolaridade, em anos de estudo:

_____ anos de estudo

Qual a sua composição familiar:

Arranjo familiar:

Mora só Mora com familiares

Número de moradores na residência?

Possui alguma doença ou situação de saúde que afete a sua vida diária?

Quanto tempo está aposentado?

Exerce alguma outra atividade remunerada?

APÊNDICE C – artigos submetidos e publicados



<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021170200>

Artigo Original / Original Article

479

Teleassistência em idosos: coerção, confiança e satisfação associadas à sua utilização

Telecare for the elderly: coercion, confidence and satisfaction associated with its use

Bruna Borba Neves¹
José Roberto Goldim^{1,2}

Resumo

Objetivo: avaliar a expressão de coerção, a confiança e a satisfação com o uso da teleassistência. **Método:** trata-se de estudo transversal do tipo estudo de casos prevalentes com idosos residentes na cidade de Porto Alegre, RS, Brasil, e que já utilizavam serviços de teleassistência. As variáveis sociodemográficas utilizadas foram: *sexo, idade, escolaridade e estado civil*. Para avaliar a percepção de coerção foi aplicada a Escala de Percepção de Coerção em relação ao uso da teleassistência e o responsável pela tomada de decisão em utilizar a tecnologia. Foram avaliadas a confiança na utilização da tecnologia assistiva e a satisfação associada ao seu uso. A análise dos dados foi quantitativa, utilizando medidas estatísticas descritivas e inferenciais. Foram utilizadas médias e desvio-padrão. As diferenças foram avaliadas por análise de variância, com um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** a amostra foi composta por 25 idosos que utilizavam a teleassistência. Avaliando a distribuição das respostas obtidas foi possível identificar que 11 (44%) entrevistados não tiveram percepção de coerção associada à sua decisão. Os demais tiveram percepções variadas, com uma média de 23%. Os entrevistados declararam alta confiança e alta satisfação com a teleassistência. **Conclusão:** o processo de tomada de decisão associado ao uso de teleassistência teve uma baixa percepção de coerção associada à alta confiança e à satisfação com o uso da teleassistência.

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Tecnologia Assistiva, Coerção.

Abstract

Objective: to evaluate the expression of coercion, confidence and satisfaction with the use of telecare. **Method:** a cross-sectional study was carried out of prevalent cases with elderly residents in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, who had already used telecare services. The sociodemographic variables used were: gender, age, schooling and

Keywords: Elderly, Self-Help Devices, Coercion.

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Bioética, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.

Financiamento: Fundação Médica do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre –RS, Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na pesquisa (LAPEBEC). Processo nº 1799-X.

Correspondência:
Bruna Borba Neves
brunaneves@hotnmail.com

marital status. In order to evaluate the perception of coercion, the Perceived Coercion Scale was applied in relation to the use of telecare and those responsible for deciding to use the technology. Confidence in the use of telecare technology and the satisfaction associated with its use were evaluated. Quantitative data analysis was performed using descriptive and inferential statistical measures. Means and standard deviations were used. Differences were assessed by analysis of variance, with a significance level of 5% ($p < 0.05$). *Results:* the sample consisted of 25 elderly people who used telecare. When evaluating the distribution of the answers obtained, it was found that 11 (44%) of those

interviewed did not perceive any coercion associated with their decision. The others had varying perceptions, with an average of 23%. Respondents expressed high confidence and satisfaction with telecare. *Conclusion:* the decision-making process associated with the use of telecare had a low perception of coercion, combined with high confidence and satisfaction with the use of the technology.

INTRODUÇÃO

Conforme dados demográficos, há crescimento da população de idosos em nível mundial. Este fato tem proporcionado algumas reflexões e discussões, pois a fase da velhice provoca modificações físicas, biológicas, psicológicas e sociais no perfil do indivíduo e da própria população¹. Devido a essas alterações, os sistemas de saúde enfrentam desafios significativos na maioria dos países. Exemplo disso é a necessidade de maior eficiência, qualidade e equidade dos serviços de saúde, assim como o aumento da demanda por cuidados de saúde no próprio domicílio do paciente. A teleassistência foi desenvolvida, pelo menos em parte, devido à dificuldade e ao custo associado à contratação de pessoal para prestar serviços de saúde e cuidados em casa².

A teleassistência é uma tecnologia funcional e acessível, desenvolvida para atender a demanda de cuidados de longa duração de idosos³. Essa tecnologia de cuidados remotos consiste na utilização de equipamentos instalados no próprio domicílio, como telefones e detectores de queda, que permitem uma comunicação direta com um centro de atendimento, no caso de uma situação de emergência. Esse centro avalia o tipo e gravidade da situação para tomar as medidas adequadas no sentido de prestar a ajuda necessária ao usuário⁴.

A utilização dessa tecnologia não deve ser entendida como uma forma de restrição à autonomia do idoso, ao contrário, pode permitir que o idoso se sinta seguro para permanecer na sua própria casa. A autonomia é um fator fundamental para uma boa

qualidade de vida e é uma capacidade necessária para um processo de tomada de decisão adequado. A autonomia permite uma vida mais satisfatória, pois possibilita manter o direcionamento da sua própria vida e a sua independência⁵.

No entanto, a fase da velhice está revestida de preconceitos e estereótipos, que influenciam o cuidado direcionado aos idosos. A autonomia é pouco avaliada e parece natural que o cuidado seja de responsabilidade dos familiares, que podem sentir-se autorizados a decidir, orientar, prover e administrar a vida do idoso⁶. Um ambiente familiar superprotetor, onde os cuidadores assumem todas as atividades do idoso para si, pode levar à dependência aprendida, desestimulando os idosos a exercerem a sua autonomia⁷.

Em muitas situações do cotidiano, observa-se que mesmo os profissionais de saúde menos prezam a capacidade de tomada de decisão do idoso, fornecendo informações superficiais sobre seu tratamento e diagnóstico, que podem prejudicar a liberdade do idoso para decidir sobre o que considera melhor para seu cuidado⁸. Podendo coagir o idoso a tomar decisões que não estão de acordo em relação à sua vida e sua saúde.

Sendo a coerção definida segundo Piaget: “Toda relação entre dois ou mais indivíduos na qual intervém um elemento de autoridade ou de prestígio”. Ainda, de acordo com o mesmo autor, a coerção “existe na medida em que é sofrida, (...) independentemente do grau efetivo de reciprocidade existente”⁹.

Nesse contexto, a utilização crescente de novas tecnologias no cuidado e acompanhamento de idosos tem gerado questionamentos sobre a efetiva participação e do respeito à autodeterminação das pessoas envolvidas. A avaliação do grau de coerção percebido no processo de tomada de decisão e o grau de confiança e satisfação sobre a utilização ou não dessas novas tecnologias assistivas podem gerar a possibilidade de verificar a preservação da autodeterminação.

Desta forma, o objetivo do presente artigo foi avaliar a expressão de coerção, a confiança e a satisfação com o uso da teleassistência de um grupo de idosos que utilizava esta tecnologia em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal do tipo estudo de casos prevalentes. A população estudada foi composta por idosos moradores da cidade de Porto Alegre (RS) que faziam uso da tecnologia de teleassistência na condição de clientes da empresa *TecoSenior*, por meio de sua associada *IrisSenior*. Foi realizado o contato com estas duas empresas e solicitou-se o cadastro de seus clientes que já utilizavam a tecnologia e que se enquadrassem nos critérios de elegibilidade da pesquisa. Sendo os critérios de inclusão ser idoso, ou seja, pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, e já estar utilizando tecnologia de teleassistência. Como critério de exclusão foi utilizado à impossibilidade

de entender a sua participação na pesquisa ou o preenchimento do instrumento.

As empresas de teleassistência disponibilizaram o contato de 73 idosos; esse contato com os potenciais participantes foi realizado pelo telefone. Não foram localizados 18 idosos. Desta forma, foram feitos contatos com os demais 55 idosos, sendo que 25 (45,45%) idosos aceitaram participar da pesquisa (Figura 1). A pesquisa foi realizada no domicílio dos idosos pela própria pesquisadora e única avaliadora.

As variáveis sociodemográficas utilizadas foram: *sexo, idade, escolaridade e estado civil*. Para avaliar a percepção de coerção foi utilizada a Escala de Percepção de Coerção em relação ao uso da teleassistência com a pergunta: "Quem foi o responsável pela tomada de decisão em utilizar a tecnologia?". Foram avaliadas a confiança na utilização da tecnologia assistiva e a satisfação associada ao seu uso. Essas variáveis foram obtidas por meio de escalas análogas visuais com variação entre 0% e 100%. O participante marcava a sua percepção em um intervalo entre esses valores, sem que houvesse qualquer delimitador intermediário em uma linha de 10 cm de comprimento, que se iniciava em 5% e terminava em 100%.

A Escala de Percepção de Coerção é derivada de uma escala para avaliar coerção em internação psiquiátrica, a *MacArthur Admission Experience Survey*, que é composta por 16 questões¹⁰. Esse instrumento foi desenvolvido pelo *MacArthur Coercion Study* e validado para a língua portuguesa falada no Brasil por Tabora¹¹.

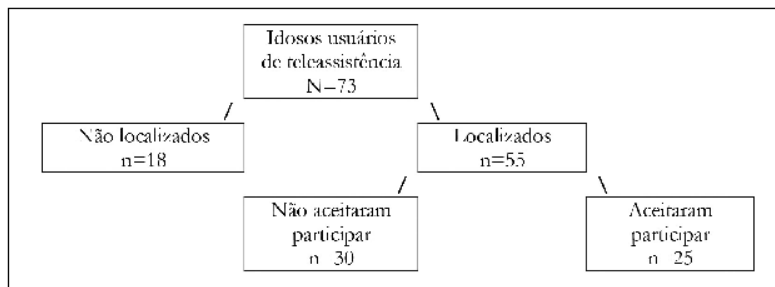


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção da amostra.

A Escala de Percepção de Coerção, já traduzida e validada para o português falado no Brasil, foi adaptada para o uso da teleassistência no presente estudo. Essa escala é composta por quatro sentenças nas quais o participante deverá assinalar se concorda ou discorda. Nas duas primeiras as afirmativas indicam uma falta de coerção associada, ou seja, as pessoas que discordam demonstram que houve uma

percepção de coerção associada à situação relatada. Nas duas últimas questões, ocorre o inverso, pois a concordância com a afirmativa é que demonstra a percepção de coerção. A primeira questão se refere ao fato de o entrevistado ter tido oportunidade suficiente de dizer se queria utilizar a tecnologia assistiva. A segunda questão se refere à oportunidade de dizer o que queria a respeito do uso da tecnologia assistiva. A terceira questão se refere ao fato de que ninguém parecia interessado em saber se o participante queria usar a tecnologia assistiva. A última questão se refere ao fato de a opinião do participante sobre o uso da tecnologia assistiva não ter interessado. Nessa escala foi inserida também uma pergunta aberta sobre quem foi a pessoa responsável pela tomada de decisão em utilizar a tecnologia.

padrões. As diferenças foram avaliadas por análise de variância, com um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Esse estudo foi aprovado pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande

O instrumento é autoaplicável, em cada resposta o participante opta em assinalar a alternativa *concordo* ou *discordo*. As respostas podem variar de 0 a 4 pontos, sendo 0 a representação de uma ausência de coerção e 4 uma percepção de coerção máxima. Com o objetivo de facilitar a compreensão dos resultados da amostra como um todo foi realizada uma transformação de uma escala de quatro pontos em um valor percentual. Assim, 0 ponto corresponde a 0% e 4 pontos correspondem a 100% de percepção de coerção.

A coerção também pode ser avaliada pelas respostas individuais dadas a cada uma das quatro questões, que avaliam diferentes perspectivas do processo de tomada de decisão.

A coleta ocorreu entre dezembro de 2016 e março de 2017. A análise dos dados foi quantitativa, utilizando medidas estatísticas descritivas e inferenciais. Foram utilizadas médias e desvios-

RESULTADOS

A amostra foi composta por 25 idosos que já utilizavam a teleassistência antes da coleta de dados. A média de idade apresentada pelo grupo foi de 82,24 anos, variando de 60 a 94 anos. Na amostra, 23 (92%) eram do sexo feminino e apenas dois (8%) do masculino. A maioria dos participantes, 15 (60%), era de pessoas viúvas. A média de escolaridade foi de 13,58 anos de estudo e a moda e a mediana de 12 anos (Tabela 1).

Dentre esses idosos, a maioria relatou morar sozinho ($n=21; 84\%$) e apenas quatro (16%) relataram que moravam com alguém, que variavam entre o marido ou a esposa, filhos e/ou netos.

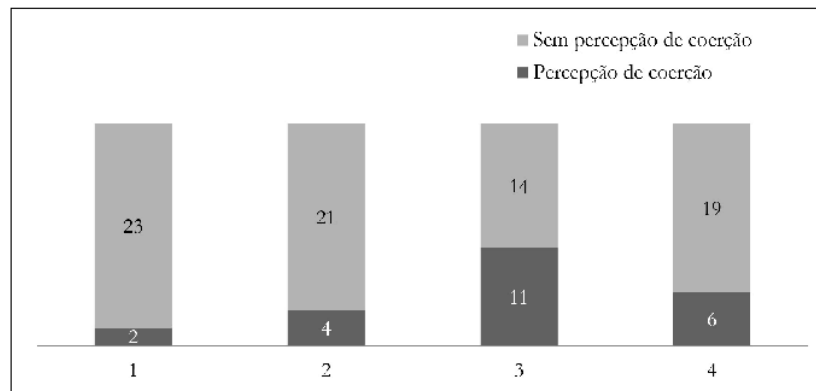
A média na Escala de Percepção de Coerção foi de 23% (± 24), variando de 0% a 75%. Nenhum participante apresentou 100% de percepção de coerção para utilizar a teleassistência.

A maioria dos participantes, 23 dos 25 idosos, referiu ter tido oportunidade suficiente de dizer se queria utilizar a teleassistência. Da mesma forma, 21 dos 25 participantes referiram ter tido a oportunidade de dizer o que queria a respeito do uso da tecnologia. O interesse em saber se o participante queria usar esse dispositivo teve respostas mais equilibradas, pois 11 participantes afirmaram que havia esse interesse e 14 que não tinham essa percepção. A maioria dos participantes, 19 dos 25 idosos, percebeu que a sua opinião foi considerada no processo de tomada de decisão em utilizar a tecnologia (Figura 2).

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos usuários da teleassistência.

Dados sociodemográficos	n (%)	Média e desvio-padrão
Sexo		
Feminino	23 (92)	
Masculino	2 (8)	
Idade (em anos)		
60 ---70	1(4)	82,24 (±6,71)
70 --- 80	6 (24)	
80 --- 90	16 (64)	
90 ---100	2 (8)	
Escolaridade (em anos)		
1 --- 8	3 (12)	13,58 (±6,98)
9 ---12	10 (40)	
<12	12 (48)	
Estado civil		
Casado	3 (12)	
Solteiro/Separado	7 (28)	
Viúvo	15 (60)	

483



Questões da Escala de Percepção de Coerção:

- 1- se teve oportunidade suficiente de dizer se queria utilizar;
- 2- se teve oportunidade de dizer o que queria a respeito do uso;
- 3- se tiveram interesse em saber se o participante queria usar;
- 4- se a opinião do participante foi considerada no processo de tomada de decisão.

Figura 2. Respostas individuais às quatro questões da Escala de *MacArthur* para Avaliação de Percepção de Coerção associada ao uso da tecnologia de teleassistência (N=25).

Quando questionados sobre quem foi o responsável pela tomada de decisão, 12 (48%) idosos responderam que foram eles próprios, 11 (44%) responderam que foram os filhos, um (4%) relatou que foi uma amiga e outro (4%) que foi a sua médica que decidiu.

484

É importante salientar que os valores de percepção de coerção obtidos tiveram valores que variaram de acordo com quem tomou a decisão, apresentando diferença se foi o familiar, a amiga, a médica ou o idoso que teve a tomada de decisão em utilizar a tecnologia. A maior média de coerção foi observada quando alguém de fora da família - médica ou amiga - tomou a decisão [M=1,50 (\pm 0,71)].

A decisão quando tomada por familiares teve um valor médio de 1,18 (\pm 1,08). Finalmente, a menor média de coerção foi observada quando a própria pessoa entrevistada tomou a decisão [M=0,58 (\pm 0,79)] (Tabela 2). Não foi verificada diferença significativa entre as médias verificadas em todas as situações de tomada de decisão ($p>0,05$).

Foi realizada a comparação da confiança e da satisfação em relação ao uso e com quem teve o papel mais importante na tomada de decisão em utilizar a tecnologia. As comparações entre as médias obtidas com os próprios usuários ou com os familiares foram não significativas ($p>0,05$). Não foi possível fazer essa comparação com o grupo fora da família por ter apenas duas pessoas.

Tabela 2. Resultados referentes ao responsável pela decisão em utilizar a teleassistência em relação à percepção de coerção, confiança e satisfação.

Responsável pela decisão em utilizar a teleassistência	Percepção de coerção	Confiança na tecnologia	Satisfação com o uso
	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)
Próprio usuário	0,58 (\pm 0,79)	83,92 (\pm 19,88)	84,58 (\pm 28,41)
Familiares	1,18 (\pm 1,08)	84,04 (\pm 19,39)	84,82 (\pm 15,29)
Alguém fora da família (médica ou amiga)	1,50 (\pm 0,71)	54,00 (\pm 65,05)	32,00 (\pm 31,11)

dp= desvio-padrão.

DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo foi composta por 25 idosos, com média de idade de 82,24 anos, com uma variação de 60 a 94 anos. Essa amostra está de acordo com o demonstrado em outros dados demográficos, que demonstram um crescimento da população de idosos em nível mundial. Esses dados também apresentam um aumento do percentual de idosos com idade superior a 80 anos⁴.

A maioria dos participantes do estudo foram mulheres, com uma frequência de 92%. Essa proporção é superior a verificada na população em geral, quando as mulheres perfazem 50,4%. Esse aumento na participação feminina na amostra que utiliza teleassistência pode ser, talvez, devido ao fato de as mulheres procurarem mais os serviços de saúde, e as opções de cuidados para saúde e medidas de

idosos brasileiros mais velhos vivendo sozinhos do que de idosos mais jovens e esse diferencial cresceu com o tempo¹⁰. Além disso, as pessoas que vivem sozinhas são mais propensas a adotar a teleassistência.

É possível que o fato de viver sozinho e a utilização da teleassistência sejam devido a uma necessidade relativamente alta a algum tipo de suporte, em comparação com pessoas que vivem com um parceiro ou parente³. Sendo a autonomia a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como viver de acordo com suas próprias regras, essa pode estar alterada devido a mudanças biológicas, incapacidade funcional, perda de competência física e fatores econômicos, ou outros estereótipos negativos associados à velhice e, às relações sociais ou redes sociais¹².

Dessa forma, compreende-se a importância de estudar a tomada de decisões para o bem-estar no processo de envelhecimento, pois esse é marcado por situações significativas, como aposentadoria, problemas de saúde, perda de entes queridos e outros¹³. Tomar uma decisão envolve diversas habilidades, como a possibilidade de se envolver com o assunto, compreender ou avaliar o tipo de alternativa entre as diversas opções e comunicar sua preferência sabendo os riscos da sua escolha. Essas habilidades estão ligadas diretamente à capacidade de exercer sua autonomia, determinar e executar seus próprios desejos^{14,15}. Todas essas características estavam presentes nos participantes desse estudo.

Os idosos foram os principais responsáveis por tomar a decisão de utilizar a teleassistência, com uma frequência de 48%. Na fase da velhice é necessário realizar escolhas difíceis, muitas vezes, relacionadas à própria saúde do idoso e aos processos que ele pode vir a passar. A participação do idoso nesse processo não deve ser apenas um assentimento ou delegação de decisão¹⁶.

Em outra parcela da amostra (44%), os familiares foram os responsáveis por tomar a decisão de utilizar a teleassistência. Outros estudos demonstram que a rede social, representada pelos familiares, pessoas próximas ou cuidadores, são as pessoas que os idosos podem contar no momento de decidir algo ou a quem possam delegar a tomada de decisão¹⁷.

CONCLUSÃO

Os idosos que utilizavam a teleassistência apresentaram um perfil sociodemográfico semelhante ao da população idosa, maior percentual de mulheres; média de idade de 82,24 anos, variando de 60 a 94 anos evidenciando sua longevidade; maioria viúva e de pessoas morando sozinhas.

O processo de tomada de decisão associado ao uso de tecnologia teve uma baixa percepção de coerção na quase totalidade dos participantes da pesquisa, demonstrando que os idosos continuam com autonomia para decidir sobre o gerenciamento de suas escolhas. Os idosos apresentaram alta confiança e satisfação em relação ao uso da teleassistência. Esses resultados permitem antever que na amostra estudada o uso desta tecnologia traz benefícios, pois em todas as variáveis avaliadas os resultados foram favoráveis.

REFERÊNCIAS

1. Liposki DB, Andreis LM, Silva SA, Rosa Neto F. Aptidão motora de idosos longevos - implicações cognitivas e socioemocionais. *Rev Kairos*. 2016;19(22):227-39.
2. Rodríguez LG, Castro ST, Ramírez DM, Robledo LMG, Cuevas RP. Tele-asistencia y tele-alarma para adultos mayores: experiencias preliminares en México. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(4):711-7.
3. Peeters JM, Veer AJE, Hoek LVD, Francke AL. Factors influencing the adoption of home telecare by elderly or chronically ill people: a national survey. *J Clin Nurs*. 2012;21(21-22):3183-93.
4. Aceros JC, Cavalcante MTL, Domènech M. Identidad de lugar en usuarios de teleasistencia: un análisis conversacional. *Rev Latinoam Psicol*. 2013;45(1):80-4.
5. Celich KLS, Creutzberg M, Goldim JR, Gomes I. Aging with quality of life: the perception of elderly people participating in social groups. *Rev Min Enferm*. 2010;14(2):226-32.
6. Carretta MB, Bettinelli LA, Erdmann AL. Reflections on nursing care and the autonomy of the human being in hospitalized. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(5):958-62.
7. Neri AL. *Palavras-chave em gerontologia*. 4. ed. Campinas: Alínea; 2014.
8. Cunha JXP, Oliveira JB, Nery VAS, Sena ELS, Boery RNSO, Yanid SD. Autonomy of the elderly and its ethical implications on nursing care. *Saúde Debate*. 2012;36(95):657-64.
9. Piaget J. Les trois systèmes de la pensée de l'enfant; étude sur les rapports de la pensée rationnelle et de l'intelligence motrice. *Bull Soc Fr Philos*. 1928:121-2.
10. Gardner W. Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the Hospital Admission Process. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1254-60.
11. Tabor da JGV. *Percepção de coerção em pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos hospitalizados* [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
12. Jahan S. *Human Development Report 2016*. Geneva: UNDP; 2017.
13. Souza JR. *Risco, desconhecimento e incerteza em procedimento assistencial diagnóstico em idosos* [Dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005.
14. Wettstein MF. *Bioética e restrições alimentares por motivações religiosas: tomada de decisão em tratamentos de saúde* [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
15. Mirandola AR, Bós AJG. Relation between functional capacity and capacity of decision-making in long-lived. *PAJAR*. 2015;3(2):53-9.
16. Wiesiolek CC, Foss MP, Diniz PRB. Normal aging and decision-making: a systematic review of the literature of the last 10 years. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(3):255-9.
17. Wagner GP, Parente MAMP. O desempenho de idosos quanto a tomada de decisão em duas variações do Iowa Gambling Test. *Psicol Teor Pesqui*. 2009;25(3):425-33.
18. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):334-9.
19. Raymundo MM, Goldim JR. Moral-psychological development related to the capacity of adolescents and elderly patients to consent. *J Med Ethics*. 2008;34(8):602-5.

Recebido: 10/12/2017

Revisado: 06/03/2018

Aprovado: 23/06/2018

[# Home](#)[✎ Author](#)[🗨 Review](#)

Submission Confirmation

[🖨 Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Manuscript ID

RBGG-2021-0117

Title

Idosos e Aposentadoria: aspectos sociodemográficos, de qualidade de vida e de coerção associada **Elderly and Retirement: sociodemographic, quality of life and associated coercion aspects** Idosos e Aposentadoria Elderly and retirement

Authors

Neves, Bruna

Conter, Bruna

Goldim, José

Date Submitted

14-Jun-2021

[Author Dashboard](#)