

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

**DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE PARA A
TOMADA DE DECISÃO EM IDOSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS
DA TERCEIRA IDADE**

KÁTIA LILIAN SEDREZ CELICH

**PORTO ALEGRE
2008**

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

**DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE PARA A
TOMADA DE DECISÃO EM IDOSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS
DA TERCEIRA IDADE**

KÁTIA LILIAN SEDREZ CELICH

Tese apresentada ao Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim.

**PORTO ALEGRE
2008**

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

C392d Celich, Kátia Lilian Sedrez

Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos de terceira idade / Kátia Lilian Sedrez Celich. Porto Alegre: PUCRS, 2008.

106f.: graf. tab.

Orientação: Prof. Dr. José Roberto Goldim

Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Doutorado em Gerontologia Biomédica.

1. ANOS DE VIDA AJUSTADOS POR QUALIDADE DE VIDA. 2. ENVELHECIMENTO. 3. AUTONOMIA PESSOAL. 4. IDOSO. 5. TOMADA DE DECISÃO. 6. SAÚDE DO IDOSO. 7. CENTROS DE CONVIVÊNCIA E LAZER. 8. GRUPOS DE AUTO-AJUDA. 10. ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA. 11. DESENVOLVIMENTO MORAL. 12. ESTUDOS TRANSVERSAIS. 13. ESTUDOS DE COORTES. I. Goldim, José Roberto. II. Título.

Dedico esta tese ao meu querido esposo, amigo e companheiro Miguel, pelo incentivo constante, e aos meus filhos Caroline e Guilherme, tantos anos juntos e a cada dia um pouco mais de amor nos une. Ter vocês por perto é o melhor presente da vida.

Aos idosos, que voluntariamente, participaram deste estudo, oportunizando a visibilidade do Ser que envelhece e a construção do saber.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é poder demonstrar minha gratidão por tudo que recebi da vida e dos seres humanos que me rodeiam. É ver um sonho se concretizando, mas para que este se tornasse realidade, foi necessário à contribuição de muitas pessoas, e que neste momento, quero prestar minha homenagem e meu reconhecimento.

Em especial, minha gratidão.

Ao Deus que confio, e que me concedeu a vida e a inteligência para lutar por um mundo melhor e mais pleno de sentido, onde o ser humano, criação divina, seja respeitado em sua singularidade.

Ao Prof. Dr. José Roberto Goldim, pela orientação desta tese, que com sabedoria e competência conduziu-me de modo seguro na realização deste trabalho, oportunizando-me aprendizado constante.

Ao Prof. Dr. Irênio Gomes da Silva Filho, pela disponibilidade em compartilhar de seu conhecimento, pelo incentivo e apoio nos momentos de insegurança.

Aos Professores do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS pelos conhecimentos e experiências compartilhados.

Aos colegas do curso de doutorado pelos bons momentos em que convivemos, promovendo a construção de novas amizades onde muitas serão eternizadas, em especial às colegas Vilma Beltrame e Leoni Zenevicz pela amizade, convivência e estímulo.

À Associação de Apoio ao Idoso Erechinense, pela aceitação da pesquisa me recebendo carinhosamente.

Aos meus familiares, em especial minha mãe e meus irmãos, que mesmo distantes acreditavam e torciam por mais esta conquista.

Aos acadêmicos que colaboraram na coleta dos dados, na digitação no banco de dados e na transcrição das fitas.

RESUMO

A capacidade do idoso para a tomada de decisão alicerçado no seu desenvolvimento psicológico-moral é um construto imprescindível no processo de envelhecimento, estando relacionado aos domínios de qualidade de vida. Diante deste entendimento, este estudo teve como objetivo: Avaliar a capacidade de tomada de decisão e a qualidade de vida em idosos participantes de grupos da terceira idade no município de Erechim/RS. Foi realizado um estudo transversal em uma amostra de 670 idosos e uma pesquisa qualitativa em um grupo de 12 idosas, coordenadoras destes grupos. As idades variaram de 60 a 93 anos, com média de 70,4 anos e desvio padrão de 7,3 anos. A amostra foi composta por 88,7% de mulheres e de apenas 11,3% de homens. Em relação à escolaridade, 70,4% dos participantes não completaram o ensino fundamental, e apenas 2,1% tinham o ensino superior completo. O desenvolvimento psicológico-moral dos participantes do estudo situou-se entre os níveis impulsivo e autônomo, com predominância do nível conformista. Fato que, demonstra que a maioria dos idosos tem capacidade para tomar decisão no seu melhor interesse. Os seis domínios de qualidade de vida avaliados tiveram resultados semelhantes entre si. Na avaliação qualitativa foram identificados os aspectos que contribuem na qualidade do envelhecer, e os significados destes, na perspectiva dos idosos, tais como: aposentadoria digna, relacionamentos como mediações sociais importantes, a família, saúde física e mental, liberdade de gerenciar a própria vida, espiritualidade, a necessidade de políticas governamentais. A maioria dos participantes da amostra apresentou características adequadas ao processo de envelhecimento e sugeriram medidas que possibilitem o seu aprimoramento.

Palavras chave: Idoso. Autonomia pessoal. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The capacity of the elderly to take a decision supported by his psychological-moral development is an essential constructor in the process of aging, which is related to his quality of life. The aim of this paper was to evaluate the capacity to take a decision and the quality of life in the elderly participating in groups of convivence in Erechim/RS. It was a transversal study in a sample of 670 elderly and a qualitative research in a group of 12 elderly, females and coordinators of these groups, age from 60 to 93, average of 70,4 years old and deviation of 7,3 years. Sample consisted of 88,7% females and only 11,3% males. 70,4% of the participants did not finish Elementary School and only 2,1% had finished College. Psychological-moral development of the participants was in the impulsive and autonomic level, with predominance of conformist level. The findings showed that most of the elderly has capacity to take a decision on his best interest. The six items of quality of life evaluated had all similar results. The qualitative evaluation identified the aspects that contribute to the quality of aging, and its meanings, in the perspective of the elderly, such as fair retirement, relationships as important social mediation, family, physical and mental health, liberty to manage their own life, spirituality, the necessity of governmental policies. Most of the participants showed characteristics proper to this stage of life and suggested measures which may increase their improvement.

Key-words: Aging. Personal Autonomy. Quality of life

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Classificação das fases de desenvolvimento psicológico-moral de acordo com a média dos valores obtidos utilizando o instrumento de Souza	37
Figura 2	Domínios do questionário WHOQOL-OLD	38
Figura 3	Agregação dos fatores e construção das categorias	63
Figura 4	Categorias dos Construtos do envelhecimento.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição do sexo e da faixa etária de acordo com a escolaridade .	47
Tabela 2	Resultado das facetas do WHOQOL-OLD de acordo com os dados demográficos	48
Tabela 3	Desenvolvimento Psicológico-Moral e suas relações com as demais variáveis demográficas	49
Tabela 4	Médias dos escores WHOQOL-OLD para cada estágio de Desenvolvimento Psicológico-Moral	50
Tabela 5	Correlação entre as variáveis dos escores dos seis domínios do WHOQOL-OLD em relação à Capacidade Psicológica-Moral	50
Tabela 6	Fatores que contribuem para o envelhecimento com qualidade de vida	62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 Envelhecimento	18
3.2 Qualidade de vida	23
3.3 Desenvolvimento psicológico moral	28
4 MÉTODO	35
4.1 Delineamento do estudo	35
4.2 Contexto do estudo	35
4.3 Coleta de dados	36
4.4 Sujeitos	39
4.5 Análise dos dados	40
4.6 Aspectos éticos	41
5 RESULTADOS	43
5.1 Perfil demográfico da amostra	43
5.2 Avaliação dos domínios do WHOQOL-OLD de acordo com dados demográficos	44
5.3 Avaliação do desenvolvimento psicológico-moral	46
5.4 Avaliação do desenvolvimento psicológico-moral e os domínios do WHOQOL-OLD	46
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	51
6.1 Distribuição do sexo e escolaridade de acordo com a faixa etária	51
6.2 Facetas do WHOQOL-OLD de acordo com variáveis demográficas	53

6.3 Desenvolvimento psicológico-moral e suas relações com variáveis demográficas	58
6.4 Correlação entre os domínios do WHOQOL e a capacidade psicológica-moral	60
7 CONSTRUTOS DO ENVELHECIMENTO COM QUALIDADE DE VIDA: a percepção dos idosos	62
7.1 Aposentadoria digna: a possibilidade do envelhecer saudável	64
7.2 Relacionamentos como mediações sociais importantes	66
7.3 A família: elemento fundamental na qualidade de vida do idoso	70
7.4 Saúde física e mental: condição imprescindível para o envelhecimento com qualidade	72
7.5 Liberdade de gerenciar a própria vida	76
7.6 Espiritualidade: outro construto essencial para a qualidade de vida	79
7.7 A necessidade de políticas governamentais	80
8 CONCLUSÕES	83
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICE A	95
APÊNDICE B	96
APÊNDICE C	98
APÊNDICE D	100
ANEXO A	101
ANEXO B.....	102
ANEXO C	103

1 INTRODUÇÃO

O século XX foi marcado por um espetacular avanço da ciência e da tecnologia, resultando em um imenso desenvolvimento da humanidade sob vários aspectos. Esse crescimento ocasionou repercussões positivas para a sociedade como um todo, entre elas as consideráveis transformações na pirâmide etária. O envelhecimento da população tornou-se, então, um fenômeno de amplitude mundial. O desafio se constitui em conferir uma maior sobrevida com uma qualidade de vida melhor.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹, o número de idosos no Brasil vem aumentando significativamente a cada década, desde 1950. Esses índices conduzem à expectativa de que, no ano de 2020, o Brasil possuirá 32 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos, representando 15% da população total. Dentro desse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), faz uma projeção de que, em 2025, o Brasil será apontado como o 6º país do mundo em população idosa.

Os dados demonstram que o Brasil desponta como um país cuja população se encontra em rápido processo de envelhecimento: acontecimento caracterizado pelo progresso de todas as áreas do conhecimento humano, que tem se refletido na elevação da expectativa de vida. O avanço da medicina influenciou na diminuição das taxas de mortalidade - com a prevenção de patologias, a incorporação de procedimentos diagnósticos precoces e tratamentos mais sofisticados, e na diminuição das taxas de fecundidade².

Tal cenário vem apontando os problemas referentes ao processo de envelhecimento - aumento das doenças crônico-degenerativas associadas à idade - e indicando a necessidade de mudanças na sociedade para garantir condições que propiciem uma

longevidade digna e com qualidade de vida na velhice. Assim, o envelhecimento demográfico, ao mesmo tempo em que pode ser considerado um triunfo pelo êxito obtido na redução da mortalidade infantil e no controle da fertilidade é, também, um fator de preocupação pela inexistência, hoje, de medidas políticas que satisfaçam as necessidades da população idosa³. Dessa forma, o aumento da expectativa de vida vem se constituindo também como gerador de uma profunda crise mundial e com importantes implicações em diversas áreas, tais como: médica, social, econômica, política, dentre outras. Em decorrência disso, surgiram inúmeros questionamentos na busca de dar significado e sentido para a vida do idoso e possibilitar longevidade com qualidade de vida.

Diante desse quadro político, social e demográfico, torna-se imperativo lançar um olhar crítico e reflexivo sobre as questões concernentes ao envelhecimento com qualidade de vida. Visto que, envelhecer deixou de ser sinônimo de doença, solidão e dependência. Envelhecer não deve significar, necessariamente, um declínio ou perda das funções cognitivas e corporais. Apesar de se constituir em um processo natural, o envelhecimento não ocorre de forma homogênea. Cada idoso é um ser único que, ao longo da sua trajetória de vida, foi influenciado por eventos de natureza fisiológica, patológica, psicológica, social, cultural, ambiental e econômica, os quais influenciam na qualidade de vida da velhice⁴.

Logo, pode-se constatar que essa discussão precisa ser aprofundada e ampliada em um âmbito coletivo e necessita, acima de tudo, tornar-se uma questão primordial para cada ser humano. Para tanto, faz-se necessária à formação de uma consciência ética sobre a questão do envelhecimento com qualidade de vida, que agregue valores relativos ao respeito e à valorização desse indivíduo enquanto ser existencial.

Conceituar qualidade de vida tem se constituído em um desafio, pois este construto não desfruta de consenso até o momento; não só por causa da complexidade e subjetividade, mas também pela heterogeneidade do ser humano. Assim, a compreensão da qualidade de vida é diferente de indivíduo para indivíduo e tende a se modificar durante o transcorrer da vida de cada um. A qualidade de vida entendida como um fenômeno multidimensional é um consenso entre os pesquisadores, apresentando várias facetas, tendo pelo menos três dimensões, biológicas, sociais e psicológicas, sempre na direção da subjetividade, aplicadas às relações atuais, passadas e prospectivas, de indivíduos, grupos e sociedades, levando-se em conta valores individuais e sociais em relação ao que é normal, desejável, ou ideal quanto ao bem-estar objetivo e subjetivo ^{4,5}.

No Brasil, os estudos que avaliam a qualidade de vida iniciaram a partir de 1975, expandindo-se em 1992, utilizando-se uma gama enorme de instrumentos, mas não específicos para avaliar a qualidade de vida dos idosos. Hoje, é possível observar trabalhos mais consistentes, como tradução, adaptação transcultural e validação de questionários estrangeiros, mesmo assim ainda são escassos⁶.

Alguns pesquisadores que buscam avaliar, medir ou descrever a qualidade de vida em idosos têm utilizado ferramentas de caráter quantitativo e outras qualitativas^{6, 7, 8, 9, 10, 11}. O construto qualidade de vida abrange, no mínimo, dois aspectos, um objetivo e outro subjetivo.

As condições objetivas estão baseadas em variáveis clínicas ou indicadores biomédicos, por exemplo: as competências comportamentais do indivíduo; as condições físicas do ambiente; a disponibilidade dos serviços de saúde; lazer e educação; o nível de renda; as características da rede de relações informais e dos apoios proporcionados por

seus membros; o índice de urbanização e alfabetização; os padrões sociais de morbidade e mortalidade para as várias faixas de idade; as condições de trabalho.

As condições subjetivas estão apoiadas nos valores e crenças do sujeito, verificadas de modo indireto, com base em relatos dos indivíduos e nas opiniões que vigoram no grupo sobre as condições objetivas de que dispõem sobre o grau em que lhes parecem satisfatórias e sobre seus efeitos no bem-estar individual e coletivo^{4,11}. A partir desse entendimento, é imprescindível avaliar a qualidade de vida nestes dois contextos.

Há necessidade de estudos que visem contextualizar o processo de envelhecimento em suas dimensões biológicas, sociais, culturais, psicológicas, espirituais e ambientais, bem como apontar políticas que possam viabilizar, de forma compatível, as necessidades dos idosos. Mister é que se conheçam as múltiplas facetas que envolvem o processo de envelhecimento, para que o desafio seja enfrentado por meio de planejamento adequado. Há que se ter uma visão global do envelhecimento enquanto processo, e dos idosos enquanto indivíduos¹².

Nesse sentido, acredita-se que envelhecer com qualidade de vida é um desafio que se impõe à sociedade atual. O prolongamento da vida tem pouco sentido caso a qualidade de vida não seja preservada. Assim, destaca-se a relevância científica e social de se investigar os diferentes domínios da qualidade de vida nos idosos através da utilização de um instrumento específico para esta população (WHOQOL-OLD) e pela busca de sua opinião a respeito dos significados e fatores que consideram importantes para o envelhecimento com qualidade de vida e verificar o componente de autonomia na capacidade de tomada de decisão. Uma vez que os aspectos objetivos e subjetivos fazem parte da existência do indivíduo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a capacidade de tomada de decisão e a qualidade de vida em idosos participantes de grupos da terceira idade no município de Erechim/RS.

2.2 Objetivos específicos

1. Avaliar seis facetas da qualidade de vida em idosos utilizando o instrumento WHOQOL-OLD.
2. Avaliar o desenvolvimento psicológico-moral de idosos.
3. Identificar os fatores que contribuem para o envelhecimento com qualidade de vida na perspectiva dos idosos.
4. Conhecer o significado do que seja, para os idosos, envelhecer com qualidade de vida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A compreensão sobre determinado problema de pesquisa está diretamente relacionada com a busca por um respaldo teórico que possibilite uma melhor definição dos aspectos que o envolvem. Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é apresentar alguns conceitos relacionados à questão do envelhecimento, da qualidade de vida e do processo de tomada de decisão, fruto da expressão de autores de áreas afins, especificamente no que tange à discussão paradigmática que cerceia o tema e sua interface com a gerontologia.

3.1 Envelhecimento

O envelhecimento é um fenômeno universal e inerente a todo o indivíduo, constituindo-se em um processo de alterações morfológicas e funcionais do organismo à medida que o tempo passa. É um fato inevitável que se apresenta no cotidiano do ser humano, varia não só de um órgão a outro, bem como entre pessoas de mesma idade. É um aspecto da vida diária que se expressa com mais vigor a cada dia e a cada instante^{12, 13}.

Envelhecer é um processo tão natural e esperado quanto nascer, crescer e mudar; mudar no sentido de sofrer transformações acompanhadas de alterações, que vão desde a aparência física ao comportamento e aos papéis sociais, passando pelas experiências e relações estabelecidas ao longo dos anos¹⁴.

O envelhecimento humano, assim como as demais etapas da vida, é um processo de transformação do organismo que se reflete nas suas estruturas físicas, nas manifestações

cognitivas, bem como na percepção subjetiva dessas transformações, assim caracterizado de forma abrangente¹⁵.

Não existe uma definição restrita sobre o conceito de velhice ou idoso porque as divisões cronológicas da vida humana não são absolutas e nem sempre correspondem às mesmas etapas do processo de envelhecimento, assim não é possível se definir velhice por simples cronologia, mas pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde dos indivíduos¹⁶. A idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem variações significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre as pessoas mais velhas que possuem a mesma idade¹⁷.

É importante considerar que não existe um só envelhecer, mas processos de envelhecimento – de gênero, etnia, de classe social, de cultura, – socialmente determinado. As desigualdades do processo de envelhecimento se devem, basicamente, às condições desiguais de vida e de trabalho a que estiveram submetidas às pessoas idosas. Portanto, o processo de envelhecimento é multifatorial, tem seu componente genético, que parece influenciar 30% de todo o processo, e que é fortemente modulado pelo ambiente e ainda pelos componentes sociais e psicológicos^{13, 18}.

Existem várias maneiras de ser velho e diferentes padrões de envelhecimento¹⁹. À medida que a pessoa vai envelhecendo, acentuam-se algumas perdas biológicas e alteram-se os padrões metabólicos, podem ocorrer perdas progressivas da memória, na cognição e na comunicação, que podem ser agravadas por problemas orgânicos e psicológicos²⁰.

O envelhecimento humano é um fato presente na grande maioria das sociedades do mundo, as pessoas com idade superior ou igual a 60 anos tem crescido rapidamente²¹. Tal acontecimento é determinado pela diminuição nas taxas de fecundidade/natalidade e pelo

aumento da expectativa de vida. As melhores condições de saneamento, nutrição, ambiente de trabalho, moradia, higiene pessoal e avanço tecnológico em especial na área médica, têm sido responsáveis por elevar o nível de vida e contribuírem para aumentar a longevidade²¹.

Envelhecer se constitui em uma das mais difíceis tarefas da vida humana, sobretudo no mundo moderno²². As sociedades atuais estão alicerçadas numa dimensão social centrada na juventude, que cultiva o mito da eterna beleza jovem, sendo este o valor que orienta a percepção de mundo e a compreensão possível de vida²³. Na sociedade industrial não existia um espaço para a velhice, assim o paradigma da terceira idade representa a superação de uma existência sem significado; é a ruptura de estereótipos em relação ao envelhecimento e a compreensão de que esta é uma etapa de desenvolvimento, desejos, interesses e plena de significados, bem distinta da idéia de envelhecimento, de degradação²⁴.

No final do século passado, eram estimados 590 milhões de indivíduos nessa faixa etária, sendo projetadas para 2025, 1 bilhão e 200 milhões, atingindo 2 bilhões em 2050²¹. Segundo informações da OMS neste ano, pela primeira vez na história da humanidade, as pessoas com 60 anos ou mais superarão as crianças com idade entre 0 e 14 anos²⁵.

Ao passo que nos países desenvolvidos as mudanças demográficas aconteceram, principalmente, como fruto do desenvolvimento social, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de obterem um aumento substancial em sua riqueza. Por exemplo, enquanto a França levou 115 anos para dobrar a proporção de pessoas mais velhas de 7 para 14 por cento, no Brasil este fenômeno ocorrerá em cerca de 20 anos²⁶.

A legislação brasileira considera idosa a pessoa com 60 anos ou mais, idade esta balizadora da terceira idade e de referência para esta pesquisa²⁷. O Brasil, que no ano de

2002 apresentava cerca de 14,1 milhões de idosos, passará em 2025 para 33,4 milhões, subindo de sétimo lugar para o sexto em população idosa no mundo¹⁷. Nas últimas décadas, a expectativa média de vida do brasileiro aumentou mais de 25 anos; no censo de 2000 era de 63 anos para homens e 65 para as mulheres, no entanto, as condições de vida e de saúde não melhoraram para a maioria da população em geral¹.

Witmer e Sweeney²⁸ enfatizam que a qualidade de vida de idosos deve ser vista em virtude de suas tarefas vitais, e as enumera como sendo a espiritualidade, a auto-realização, amor, trabalho e amizade. Estas tarefas são influenciadas pelos fatores contextuais que incluem governo, comunidade, família, religião, educação, negócios e os meios de comunicação de massa. E todos estes fatores estão intimamente dependentes das características pessoais que são a saúde a prontidão física, a nutrição as capacidades cognitivas e os processos socioemocionais²⁹.

As experiências vividas pelos indivíduos durante suas vidas possibilitam um longo processo de aprendizagem que acompanha as diferentes histórias de vida por eles constituídas, construídas e em construção permanente²³. A compreensão do quanto significam estas vivências e experiências é o que motivará o idoso para os enfrentamentos de seu cotidiano social²³.

O envelhecimento não pode ser atrelado somente às perdas, pois o idoso pode apresentar um envelhecimento ativo, que é caracterizado pela garantia da capacidade funcional do indivíduo. O envelhecimento ativo é o processo de otimização de oportunidades de bem estar físico, mental e social – através do curso da vida, de forma a aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida na velhice²¹.

O envelhecimento com qualidade de vida consiste na otimização da expectativa de vida e na minimização da morbidade física, psicológica e social. Ou seja, as pessoas

poderão viver saudáveis por mais tempo e as doenças senis poderão ser evitadas ou adiadas, dependendo de fatores econômicos e sociais que determinam as condições de saúde e os estilos de vida que assumem no segmento social que estão inseridas²².

Neste sentido, os grupos de convivência da terceira idade surgem como possibilidade de manutenção do envelhecimento ativo. Portella¹⁴ ao buscar compreender como a utopia do envelhecer saudável se torna possível nos projetos alternativos dos grupos de terceira idade demonstra que os idosos devidamente organizados, instrumentalizados e motivados, apresentam uma possibilidade real de participação na construção da utopia do envelhecer saudável, na conquista de uma qualidade de vida melhor e na construção de uma sociedade mais justa para os mais velhos, com menos desigualdades e menos discriminação.

A participação dos idosos nesses grupos promove o experienciar de novas aprendizagens, ao mesmo tempo em que possibilita a conquista de sua cidadania. É a possibilidade de transformação do processo de viver/envelhecer, num reencontro cada vez maior com a motivação para a vida¹⁴.

Acredito assim como Freitas²¹, que o envelhecimento populacional traz novos desafios à sociedade: de se conseguir maior longevidade, mas com boa qualidade de vida, para que os anos vividos sejam plenos de significado e de dignidade.

3.2 Qualidade de vida

Discorrer a respeito do significado do termo qualidade de vida tem se constituído em um desafio para a humanidade por ser esse um indicador de caráter subjetivo, complexo e com múltiplos aspectos.

Desde a antiguidade, muitos referenciais filosóficos buscaram conceituar o que seja viver com qualidade. De acordo com a visão aristotélica (384-322 a.C.), a “boa vida” ou “bem estar”, estavam relacionados aos sentimentos de felicidade, realização e plenitude, e tendo significados diferentes em épocas diferentes para cada ser humano³⁰. Portanto, desde essa época, qualidade de vida já era compreendida como resultado de percepções individuais, podendo variar de acordo com a experiência da pessoa em um determinado momento³¹. Já a civilização hebréia reforçou as medidas higiênicas e preventivas no tratamento das doenças, a fim de possibilitar uma vida mais longa, digna e boa aos seus membros³².

Acompanhando o desenvolvimento de definições em relação ao termo qualidade de vida, observa-se que este foi usado pela primeira vez em 1920, no livro de Pigou, intitulado *The Economics of Welfare*. Nesse livro o autor relacionou a qualidade de vida ao suporte governamental oferecido para a população de classes menos favorecidas e suas repercussões sobre a economia americana e seu impacto na vida das pessoas, porém não teve grande influência na sociedade, assim o termo não foi notado, nem valorizado, caindo no esquecimento³³.

Mais recentemente, ou seja, após a Segunda Guerra Mundial o construto qualidade de vida assume o significado de melhoria do padrão de vida. Gradativamente este conceito vai sendo ampliado englobando o desenvolvimento no campo da medicina, da sociologia e

da política, da economia e na psicologia social, sendo valorizado a percepção das pessoas a respeito de suas vidas^{6,20}. Inúmeros significados vão sendo associados para o entendimento da qualidade de vida vindo ao encontro das perspectivas econômicas, demográficas, antropológicas, bioéticas e, mais recentemente, ambiental e de saúde pública³⁰.

O grupo de especialistas em Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde elaborou um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, construído através de um método transcultural (WHOQOL)⁹. Este projeto foi realizado com a colaboração de 15 centros simultaneamente em diferentes culturas

Para esse grupo, a qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores da sociedade em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações em gerais”²⁰. Ainda, segundo esses especialistas, o conceito qualidade de vida envolve três aspectos essenciais: a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas. Dessa forma, diferentemente de outros instrumentos utilizados para avaliação de qualidade de vida, este questionário baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas (p.ex.mobilidade) e negativas (p.ex.dor)²⁰.

No Brasil, o Grupo de Estudos em Qualidade de Vida, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, vêm estudando e pesquisando essa temática, contribuindo na validação em Português dos instrumentos WHOQOL-100, WHOQOL BREF e mais recentemente o WHOQOL-OLD.

O WHOQOL-100 consta de 100 questões que avaliam 6 domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações sociais, Meio-ambiente e Espiritualidade/Crenças pessoais. Já o WHOQOL BREF é uma versão abreviada composta pelas 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL-100. A versão abreviada é composta por 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio ambiente.

Os instrumentos WHOQOL estão atualmente disponíveis em 20 idiomas. A versão em Português (Brasil) do WHOQOL-100 e do WHOQOL BREF foi realizada segundo a metodologia preconizada para a versão deste instrumento, tendo sido realizado o teste de campo em 300 indivíduos para cada um dos dois instrumentos. As características psicométricas preencheram os critérios de desempenho exigidos: consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério, fidedignidade de teste-reteste. Os dados referentes a esses testes de campo foram enviados recentemente para publicação em revistas de circulação nacional e internacional. A versão em Português dos instrumentos WHOQOL foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Fleck. Esses instrumentos são propriedades da Organização Mundial da Saúde, mas podem ser utilizados no desenvolvimento de estudos/pesquisas que venham contribuir para a ciência³⁴.

Recentemente, esse mesmo grupo aplicou e validou o módulo específico para avaliar a qualidade de vida em idosos. Esse instrumento é conhecido como WHOQOL-OLD, que foi aplicado em amostra de 424 idosos na cidade de Porto Alegre, RS, em 2005. O questionário é composto por 24 itens divididos em seis facetas: Funcionamento do Sensório (FS), Autonomia (AUT), Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF),

Participação Social (PSO), Morte e Morrer (MEM), e Intimidade (INT). O instrumento mostrou características satisfatórias de consistência interna (Coeficientes de Cronbach de 0,71 a 0,88), validade discriminante ($p < 0,01$), validade concorrente (Coeficientes de correlação entre -0,61 e -0,50) e fidedignidade teste-reteste (Coeficientes de correlação entre 0,58 a 0,82). A validade de critério apresentou achados que necessitam complementação de futuras investigações. Assim, o grupo concluiu que o Módulo WHOQOL-OLD representa uma alternativa útil e com bom desempenho psicométrico na investigação de qualidade de vida em idosos^{35, 36}.

Qualidade de vida está relacionada com sensação de bem-estar, ter autonomia, independência, satisfação pessoal, questões pertinentes a cada indivíduo, pois são vinculadas ao comportamento e hábitos de vida³⁷. Para a autora, ainda, pode ser entendida como a habilidade ou capacidade que o indivíduo apresenta para desempenhar as atividades da vida diária, obtendo desta forma, satisfação.

A preocupação com qualidade de vida na velhice ganhou relevância especificadamente nos últimos 30 anos. Esse fato é decorrente do aumento do número de idosos e da constatação de uma maior longevidade na maioria das sociedades, fazendo com que as autoridades e os cientistas embasem seus planejamentos nestes estudos³⁸.

O estudo da qualidade de vida de idosos tem se constituído, desde então, em um interesse interdisciplinar, e várias são as disciplinas que o fazem e, na gerontologia, predominam os estudos que associam a qualidade de vida na velhice com satisfação e atividade.

Vários fatores são apontados como indicadores de qualidade de vida na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência

social, produtividade, status social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais, principalmente rede de amigos²².

A qualidade de vida na velhice pode ser afetada tanto por estados de saúde (médico, social e mental) quanto por condições socioeconômicas e fatores do meio (espiritualidade, relações familiares e de amizade) onde a pessoa vive ou interage. O fato de simplesmente o indivíduo manter-se sem doença pode não significar uma boa qualidade de vida. Existem pessoas que embora sofram enfermidades crônicas permanecem relativamente felizes, aceitando e convivendo bem com sua condição^{20,37}.

Envelhecer e ter uma boa qualidade de vida depende do equilíbrio entre as limitações e potencialidades do indivíduo o qual possibilitará lidar, em diferentes graus de eficiência, com as perdas que são próprias do processo de envelhecimento²⁹. Os idosos apresentam, não raramente, carga crescente de deficiências funcionais devido às doenças crônicas, declínios mensuráveis das capacidades cognitivas e perceptuais, convivem com diversos tipos de perdas, mas apesar desses fatos muitos manifestam capacidade de enfrentar com sucesso estes eventos adversos.

Há muitos critérios para se avaliar a qualidade de vida na velhice, porém deve-se sempre levar em conta que a velhice não é homogeneia, que existem muitos padrões de envelhecimento e muitas maneiras de vivê-la. Cada idoso é um ser único que, ao longo da sua trajetória de vida, foi influenciado por eventos de natureza fisiológica, patológica, psicológica, social, cultural, ambiental e econômica, os quais influenciam na qualidade de vida da velhice³.

É difícil encontrar um conceito de qualidade de vida que seja aceito por todos, e mais difícil ainda é medi-la. Porém, há consenso entre os pesquisadores no que se refere às formas de avaliá-la, ou seja, as medidas podem ser objetivas e subjetivas.

As medidas objetivas se fundamentam em indicadores concretos como taxa de desemprego, densidade populacional, entre outros. Já as medidas subjetivas, utilizam indicadores abstratos, colhidos diretamente com os indivíduos estudados e apoiados nos valores e crenças destes⁴.

Sendo assim, um estudo, quando se propõe a avaliar os seis domínios da qualidade de vida propostos no WHOQOL-OLD, o desenvolvimento psicológico-moral e conhecer o os significados do envelhecimento com qualidade de vida para os idosos, tem presente que estas dimensões, objetivas e subjetivas, devem ser investigadas, porque só assim podem ser gerados dados mais completos em relação a esta questão¹¹.

3.3 Desenvolvimento psicológico moral

O fenômeno decisório tem sido estudado por diversos autores, de diversas áreas do conhecimento, tanto no enfoque quantitativo como no qualitativo. Nesse estudo, está focalizado na capacidade ou no impedimento dos idosos para tomar decisões de forma voluntária. E tem sido associado direta ou indiretamente ao grau de desenvolvimento psicológico e moral do indivíduo³⁹.

Vários pesquisadores buscaram estabelecer os limites de capacidade do indivíduo em cada uma de suas fases de vida. Nesta área podem ser destacados quatro autores: Jean Piaget, Lawrence Kohlberg, Jane Loevinger e Elliot Turiel³⁹. A rigor, todos estes autores, mais do que estabelecer o desenvolvimento moral em si, fizeram propostas de teorias sobre o desenvolvimento do julgamento moral, isto é, da capacidade do indivíduo decidir com base em argumentos morais³⁹.

O desenvolvimento moral da criança, segundo Jean Piaget⁴⁰, segue uma seqüência que permite esclarecer o surgimento da capacidade de autonomia. Este autor estabeleceu diferenças entre a prática da regra e a consciência da regra. A noção de Autonomia é o último estágio da consciência da regra. A Autonomia ocorre quando o indivíduo reconhece que as regras são mutuamente consentidas, as respeita e tem a noção de que podem ser alteradas.

Como afirma Kamii⁴¹, seguidora de Piaget, "A essência da autonomia é que as crianças se tornam capazes de tomar decisões por elas mesmas. Autonomia significa ser capaz de considerar os fatores relevantes para decidir qual deve ser o melhor caminho da ação. Não pode haver moralidade quando alguém considera somente o seu ponto de vista. Se também consideramos o ponto de vista das outras pessoas, veremos que não somos livres para mentir, quebrar promessas ou agir irrefletidamente".

Segundo Jean Piaget⁴⁰, o desenvolvimento moral do indivíduo varia do prazer do regular à regularidade. O surgimento do ritual seria a etapa seguinte. O respeito surge da obediência ou obrigação verificada entre indivíduos. Do respeito surge a noção de regra, que caracteriza um raciocínio jurídico-moral. As regras sejam na sua aquisição ou prática, seguem uma seqüência desde simples regularidades, imitação dos maiores, egocentrismo e cooperação, até atingir o próprio interesse pelas mesmas, que caracteriza a autonomia. No entender de Piaget ser autônomo significa estar apto a cooperativamente construir o sistema de regras morais e operatórias necessárias à manutenção de relações permeadas pelo respeito mútuo.

O desenvolvimento moral também foi estudado por Lawrence Kohlberg⁴², que estabeleceu também três níveis: o pré-convencional, o convencional e o pós-convencional ou dos princípios. Cada um dos níveis foi subdividido em dois estágios.

O nível Pré-Convencional no seu estágio 1 caracteriza-se pela obediência e pela punição. A obediência para evitar punições é a única razão de fazer o que é correto. Os interesses dos outros são irrelevantes, exceto quando afetam o bem-estar do próprio indivíduo. O estágio 2 é caracterizado por objetivos instrumentais e pelas trocas. A única razão para fazer o que é correto é atingir os seus próprios interesses, reconhecendo, porém, que os outros também tem seus interesses. Os conflitos são resolvidos na troca de favores.

O nível Convencional subdivide-se nos estágios 3 e 4. No estágio 3 as expectativas dos outros passam a ser importantes. O grupo supera o indivíduo. O indivíduo faz o que é correto buscando a aprovação dos demais. No estágio 4 o indivíduo é leal à sua instituição. Fazer o que é correto de acordo com os deveres e obrigações institucionais com o objetivo de manter as instituições.

O nível Pós-Convencional, ou dos Princípios, se inicia com o estágio 5, onde desenvolve-se a noção de contrato social e de direitos básicos. As leis e os deveres para com a sociedade devem basear-se na noção utilitarista da maior felicidade para o maior número de pessoas. O indivíduo faz o que é correto, pois como ser racional é obrigado a seguir preceitos que acolheu. Finalmente o estágio 6 define os princípios éticos universais. Os princípios éticos têm prioridade à lei e às outras obrigações institucionais. Fazer o que é correto é atuar de acordo com estes princípios. Neste estágio existe reversibilidade do julgamento moral.

Jane Loevinger, professora e pesquisadora na área de psicologia da Universidade de Washington/EUA, em 1966, baseando-se nos trabalhos de Jean Piaget e de Lawrence Kohlberg, propôs uma outra classificação para o desenvolvimento moral. Denominou a sua proposta de desenvolvimento do ego⁴³, por ser mais abrangente e por não simplificar um processo, por definição, complexo. Esta noção de ego, utilizada pela autora, baseava-se nos

conceitos de John Dewey e James Tufts, propostos em seu livro *Ethics*, publicado em 1908. Segundo esta proposta, o ego do indivíduo desenvolve-se pela integração das estruturas existentes e não por uma simples sucessão de estágios⁴².

A classificação do desenvolvimento do ego, proposta por Jane Loevinger⁴³, estabelecia sete níveis: pré-social, impulsivo, oportunista, conformista, consciencioso, autônomo e integrado. A primeira fase do desenvolvimento é a fase **pré-social**. Esta fase ‘corresponde ao início do desenvolvimento, sendo ainda pré-verbal, portanto, os indivíduos que se encontram nesta fase não apresentam as condições mínimas exigidas para a compreensão e resposta ao instrumento. A fase posterior seria a **impulsiva**, caracterizada pela não consideração das informações, portanto, nela o indivíduo toma decisões por impulso, baseado apenas em seu desejo. Em seguida está a fase **oportunista**, caracterizada por uma supervalorização dos desejos e a valorização das informações para atingi-los. Logo a seguir vem a fase **conformista**, onde ocorre o processo inverso ao da fase anterior, sendo que as crenças do indivíduo se sobrepõem aos seus próprios desejos e justificam as contingências impostas pelo meio. A quinta fase é a **conscienciosa**, quando o indivíduo é capaz de tomar decisões de forma mais autônoma, cotejando os desejos e as crenças, mas, ainda é passível de constrangimento, pois ainda não tem a noção de regra introjetada. Segue-se a fase **autônoma**, onde o indivíduo já possui as regras introjetadas e é capaz de tomar decisões livres de constrangimento de forma independente. Por fim, está a fase **integrada**, em que os indivíduos já possuem a noção da regra individual introjetada e se vêem como parte de um todo, com a compreensão da interdependência existente⁴³.

Esta classificação é comparável às demais já descritas para o desenvolvimento moral, com a vantagem de estabelecer uma seqüência única de níveis. A autora aborda simultaneamente a função cognitiva e a sua integração.

Esta proposta de classificação em fases de desenvolvimento psicológico-moral já foi objeto de outros estudos realizados dentro desta mesma linha de pesquisa desenvolvida pelo Núcleo Interinstitucional de Bioética^{39, 44, 45}. Nestes estudos, a capacidade para consentir foi avaliada com base na classificação do desenvolvimento psicológico-moral proposta por Loevinger e adaptada por Edela Souza⁴⁶.

Lawrence Kohlberg criticava a proposta de Jane Loevinger por não preencher todas as características para uma teoria do desenvolvimento moral. Ele propunha que esta autora estava caracterizando as funções cognitivas que se desenvolvem e não o julgamento moral⁴⁷.

Finalmente, a proposta de desenvolvimento moral feita por Elliot Turiel, que é um pesquisador da Universidade de Berkeley/EUA, e atualmente reconhecido como um dos autores mais importantes nesta área introduz a noção de domínios. Todas as pessoas poderiam desenvolver três diferentes domínios: pessoal, convencional e moral. Estes domínios seriam a sua base de argumentação no processo de tomada de decisão. Segundo esta proposta, uma vez que o indivíduo tenha atingido o domínio convencional, pode simultaneamente utilizar ambos os domínios, pessoal e convencional, para justificar as suas escolhas. Quando atinge o domínio moral o mesmo processo ocorre, de forma ampliada, ou seja, pode utilizar argumentos pessoais, convencionais ou morais no seu processo de tomada de decisão³⁹.

Elliot Turiel resgatou o conceito de paisagem epigenética, proposto por Jean Piaget, que estabelece que o desenvolvimento do indivíduo ocorre de forma simultânea e integrada. Desta forma, o indivíduo pode utilizar argumentos pessoais, convencionais ou morais para uma mesma situação, independentemente de sua idade, agindo de acordo com as circunstâncias daquele momento. Elliot Turiel, mais do que estabelecer uma seqüência

para o desenvolvimento moral do indivíduo, formulou um modelo explicativo para as justificativas morais, isto é, para uma ética da ação³⁹.

Estas quatro propostas são convergentes. O modelo de Jean Piaget é o mais evolutivo, avaliando separadamente a noção de prática e de consciência da regra, considerando-as tempo-dependente. Lawrence Kohlberg integrou estas noções em uma mesma linha de desenvolvimento ao longo do tempo, porém mantendo a subdivisão em níveis e estágios. Jane Loevinger propôs que o desenvolvimento do julgamento moral é complexo e integrado. A sua visão é mais abrangente que as anteriores, mantendo a característica de um desenvolvimento linear seqüencial. Elliot Turiel propôs um modelo baseado na noção de domínios que se coordenam ao longo do tempo e em um mesmo período. Sua perspectiva rompe com os modelos anteriores, caracterizando uma leitura não-linear do processo de desenvolvimento psicológico-moral³⁹.

Estes conceitos são fundamentais para o entendimento adequado da capacidade que o idoso tem para a tomada de decisão e as implicações destas em sua qualidade de vida e no seu processo de envelhecimento. Visto que a capacidade de uma pessoa se baseia em diversas habilidades necessárias ao processo de tomada de decisão, tais como: a possibilidade de envolver-se com o assunto, de compreender ou avaliar o tipo de alternativas e a possibilidade de comunicar a sua preferência⁵⁵. Estas características e habilidades não são unicamente dependentes da idade cronológica do indivíduo. O fato de a pessoa ter atingido uma determinada idade legal não garante que ela já tenha capacidade para tomar decisões, nem que já há tinha anteriormente.

A capacidade deve ser vista como uma função contínua e não do tipo tudo ou nada. Uma criança já pode ter capacidade para lidar com determinadas situações assim como os adolescentes. Um idoso, pelo simples fato de ter uma idade avançada, não tem

obrigatoriamente perda de capacidade para tomar decisões, ao contrário, pode ter uma melhor compreensão do processo como um todo. A validade moral e legal do processo de consentimento depende da capacidade do indivíduo⁴⁸. O que direta ou indiretamente irá influenciar na qualidade do seu envelhecimento.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo observacional, de corte transversal, com coleta prospectiva, com idosos participantes de grupos de terceira idade (GTIs) da cidade de Erechim/RS.

4.2 Contexto do estudo

O estudo foi realizado no município de Erechim, onde segundo a contagem populacional do censo de 2007 apresenta 92.945 habitantes, sendo que destes 10.576 são idosos.

Este município conta com a Associação de Apoio ao Idoso Erechinense (AAIE), que foi fundada em 05 de dezembro de 1986, comemorando 20 anos de atuação. Esta associação conta, hoje, com, aproximadamente, 1600 idosos associados. Estes estão organizados em 36 grupos, que se localizam em diversos bairros da cidade, no centro e em área rural.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos. A primeira etapa quantitativa no período de julho a dezembro de 2007 e a segunda etapa qualitativa no período de janeiro e fevereiro de 2008.

I Etapa do Estudo

Etapa quantitativa em que participaram 670 idosos que estavam presentes, no dia da coleta de dados, nos 32 grupos visitados pela pesquisadora, (foram excluídos da pesquisa os 4 grupos que se localizam na área rural, mas muitos idosos pesquisados são procedentes da área rural, e hoje vivem na cidade). Os idosos, que aceitaram participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, mediante consentimento, responderam verbalmente aos dois instrumentos de pesquisa. Para o preenchimento destes foi realizada uma entrevista, sendo que a pesquisadora e/ou os acadêmicos colaboradores na pesquisa, perguntavam verbalmente ao entrevistado (idoso) e marcavam nos instrumentos a opção por ele escolhida.

O instrumento para avaliar o desenvolvimento psicológico-moral (Anexo A), que permite verificar o componente de autonomia na tomada de decisão, utilizando o referencial teórico de Jane Loevinger⁴³, que foi adaptada por Souza⁴⁶. Este instrumento, com base em um conjunto de 24 frases simples, distribuídas de forma proporcional em 4 blocos, onde cada uma corresponde a um nível o que permite estabelecer a mediana dos pontos obtidos (Anexo B), e assim, determinar a fase de cada indivíduo, que podem ser

classificados em sete diferentes fases do desenvolvimento psicológico-moral: pré-social; impulsiva; oportunista; conformista; conscienciosa; autônoma e integrada. A Figura 1 apresenta a descrição das diferentes fases de acordo com a pontuação obtida.

Figura 1 – Classificação das fases de desenvolvimento psicológico-moral de acordo com a média dos valores obtidos utilizando o instrumento de Souza⁴⁶

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

Fonte: SOUZA⁴⁶

O instrumento WHOQOL-OLD (Anexo C) é um módulo específico de aferição de qualidade de vida em idosos da Organização Mundial de Saúde, que já foi validado para a língua portuguesa falada no Brasil³⁶. O questionário é composto por 24 itens divididos em seis facetas: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer, e intimidade.

Figura 2 – 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-OLD³⁶

Para a aplicação destes instrumentos foram convidados 4 acadêmicos do Curso de Enfermagem que estudam na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Erechim, local onde a pesquisadora atua como professora. Inicialmente, esses alunos foram orientados e capacitados teoricamente, para a aplicação dos instrumentos, onde foram explicados os objetivos da pesquisa e como se utiliza os instrumentos de coleta de dados, a fim de que se familiarizem com os mesmos.

Foi optado por se utilizar apenas o instrumento WHOQOL-OLD, uma vez que o objetivo do estudo é avaliar os seis domínios de qualidade de vida.

II Etapa do Estudo

O estudo teve ainda uma coleta qualitativa, caracterizada por uma entrevista com questões norteadoras (Apêndice D), que foi aplicada a 12 coordenadoras dos GTIs. Esta amostra foi composta apenas por coordenadores idosos, selecionados por conveniência e representatividade. Esta entrevista foi realizada pela própria pesquisadora, sendo gravada e

transcrita na íntegra para posterior análise. Após a transcrição as fitas foram destruídas e as transcrições serão guardadas por um período não inferior a cinco anos.

4.4 Sujeitos

Os sujeitos da primeira etapa da pesquisa foram 670 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que participam dos GTIs, pertencentes à Associação de Apoio ao Idoso de Erechim – RS, e que estavam no grupo no dia da coleta de dados, consentiram e aceitaram responder os dois instrumentos de pesquisa. Desenvolvimento Psicológico-Moral (Anexo A) e o WHOQOL-OLD (Anexo C).

Na etapa seguinte, tivemos um subgrupo de 12 idosas, coordenadoras dos grupos, que foram convidadas. A seleção desta amostra utilizou um critério de representatividade, pois estas coordenadoras são representantes escolhidas pelos participantes dos grupos, nesta etapa somente tivemos idosas, pois, no momento da pesquisa, não havia homens coordenadores dos grupos.

Para coletar os dados da segunda etapa da pesquisa foi realizada, pela pesquisadora, uma entrevista semi-estruturada, como a proposta por Triviños⁴⁹. A entrevista semi-estruturada oferece um amplo campo de ação ao pesquisador, oportunizando-lhe a presença consciente e atuante dando-lhe liberdade gradual e intencional em direção ao que se busca investigar, permitindo visualizar nela a possibilidade de adentrar no mundo do fenômeno a ser descoberto, qual seja, identificar os fatores que contribuem para o envelhecimento com qualidade de vida, a partir do entendimento dos idosos e conhecer o significado do que seja, para eles, envelhecer com qualidade de vida.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados através de estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para ambiente Windows, versão 11.0.

As descrições das variáveis foram realizadas através de frequências, médias e desvios padrões. Para comparação das frequências de distribuição das variáveis categóricas entre grupos foi utilizado o teste do qui-quadrado. A comparação de médias foram realizadas através do teste t quando realizada entre 2 grupos e com a análise de variância, quando comparadas entre 3 ou mais grupos. Foi utilizado posteriormente o teste “post-hoc” de Bonferroni, quando necessário. Na verificação de associação entre duas variáveis quantitativas, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.

As informações provenientes das entrevistas foram analisadas a partir do método de Análise de conteúdo apoiado no referencial de Bardin⁵⁰, “análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”⁵⁰. Este método é constituído de três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamentos dos resultados, inferência e interpretação.

Segundo Bardin⁵⁰, para classificar os elementos em categorias, é preciso identificar o que eles têm em comum, pois isto é o que permite o agrupamento. Este tipo de classificação é chamado análise categorial. A técnica da análise de conteúdo utilizada,

neste estudo, foi a da análise categorial, que consiste no desdobramento do texto (entrevistas) em unidades, para após serem agrupadas em categorias.

Na pré-análise, que é a fase da organização propriamente dita de todo o material disponível, inicialmente, fez-se a transcrição das entrevistas na íntegra, e foi realizada a leitura flutuante. Durante a fase de exploração do material, os dados foram codificados a partir de unidades de registro. A unidade de registro deu origem às categorias.

A partir das categorias obtidas, foi feita a inferência, que consiste em interpretar os resultados dentro dos pressupostos teóricos que fundamentam o estudo, ou seja, os fatores que contribuem para o envelhecimento com qualidade de vida e os significados deste no envelhecer.

4.6 Aspectos éticos

Este estudo está adequado à Resolução nº. 196/96 que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos⁵¹.

O projeto foi aprovado pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, estando registrado no CEP sob o número 07/03633. Também, foi autorizado pela direção da Associação de Apoio ao Idoso Erechinense (Apêndice A).

Todos os idosos que concordaram fazer parte da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁵² (Apêndice B), em duas vias, sendo que uma permanece com a pesquisadora e outra com o participante. As coordenadoras que

aceitaram fazer parte da entrevista assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁵² (Apêndice C).

Os dados coletados foram utilizados exclusivamente para a elaboração da tese de doutorado da pesquisadora e serão usados na elaboração de artigos dela decorrentes.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil demográfico da amostra

Foram estudados 670 idosos com idade entre 60 e 93 anos, tendo uma média de 70,4 anos e desvio padrão de 7,3 anos. Destes idosos, 48,5% tem idade inferior a 70 anos. A composição da amostra apresentou uma diferença significativa entre as frequências de distribuição do sexo, uma vez que 88,7% dos participantes eram do sexo feminino e apenas 11,3% do sexo masculino.

Em relação à escolaridade, 70,4% dos participantes não completaram o ensino fundamental seguido de 21,9% que conseguiram completar este mesmo nível de ensino. Apenas 2,1%, ou seja, 14 pessoas, tinham o ensino superior completo.

Foi verificada uma diferença estatisticamente significativa entre a média das idades dos diferentes grupos por escolaridade ($F=2,74$; $P<0,028$). A distribuição de frequências da escolaridade por sexo evidenciou que no grupo de idosos com ensino fundamental incompleto, as mulheres são maioria. Quando considerada a escolaridade ensino fundamental completo, os homens passam a ser maioria. Esta relação se inverte novamente quando considerado o ensino médio e superior ($X^2=9,56$; $P<0,048$). A distribuição dos idosos por faixa etária e escolaridade foi não significativa ($X^2=28,34$; $P=0,102$). Estes dados podem ser visualizados de forma mais abrangente na tabela 1.

5.2 Avaliação dos Domínios do WHOQOL-OLD de acordo com dados demográficos

Foram obtidos os escores médios e desvios padrão nos seis domínios do WHOQOL-OLD, que foram comparados com as variáveis sexo, idade e escolaridade (tabela 2).

O domínio *funcionamento dos sentidos* (FS), que se refere às perdas na audição, visão, paladar, olfato ou tato, com repercussão na vida diária, interferência na participação em algumas atividades ou na habilidade em interagir com outras pessoas, teve um escore médio de 67,6 com desvio padrão de 20,8 e coeficiente de variação de 30,7%.

No domínio *autonomia* (AUT), que envolve a liberdade de tomar suas próprias decisões, de sentir que controla seu futuro, de conseguir fazer as coisas que gostaria de fazer ou acreditar que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade, o escore médio foi de 66,4 com desvio padrão de 13,4 e coeficiente de variação de 20,2%.

Em relação ao domínio *atividades passadas, presentes e futuras* (PPF), que descreve a satisfação com o que foi alcançado ou com as oportunidades para alcançar outras realizações na vida, ou o reconhecimento merecido na vida, ou ainda a felicidade com as coisas que pode esperar no futuro, o escore médio foi de 69,3 com desvio padrão de 11,3 e coeficiente de variação de 16,3%.

O domínio *participação social* (PSO), que demonstra a satisfação pessoal com as atividades diárias, com o uso do tempo, com o nível pessoal de atividade e com as oportunidades de participar nas atividades da comunidade, teve um escore médio de 72,1 com desvio padrão de 10,7 e coeficiente de variação de 14,8%.

O domínio *morte e morrer* (MEM), que avalia o medo de morrer, a maneira pela qual irá morrer, o medo de não poder controlar a sua morte e de sofrer antes de morrer, apresentou um escore médio de 67,0 com desvio padrão de 24,4 e coeficiente de variação de 36,4%.

O domínio *relacionamento íntimo* (INT), que envolve o sentimento de companheirismo na vida, de sentir amor, de ter oportunidades para amar e ser amado, obteve um escore médio de 69,0 com desvio padrão de 16,8 e coeficiente de variação de 24,3%.

O domínio com menor variabilidade foi o da *participação social* (coeficiente de variação=14,8%) enquanto que a maior variabilidade foi verificada no domínio *morte e morrer* (coeficiente de variação=36,4%).

Na comparação dos escores médios em relação ao sexo dos participantes foram evidenciadas diferenças significativas apenas nos domínios *participação social* e *morte e morrer*. Os escores obtidos com as mulheres (66,7±9,8) foram superiores aos homens (69,5±11,3) na *participação social* ($P<0,035$). No domínio *morte e morrer* os escores dos homens (72,7±20,7) é que foram superiores aos das mulheres (66,2±24,7) ($P<0,014$) (tabela 2).

Com relação à faixa etária dos participantes não foi verificada qualquer diferença estatisticamente significativa em todos os domínios estudados (tabela 2).

Na avaliação da relação entre os domínios e a escolaridade, ao contrário da relação com a faixa etária, todas as relações foram significativas, com os escores médios assumindo valores maiores à medida que o nível de escolaridade também aumentava. Estes dados podem ser visualizados de forma mais abrangente na tabela 2.

5.3 Avaliação do desenvolvimento psicológico-moral

A avaliação do desenvolvimento psicológico-moral evidenciou uma distribuição entre os estágios 2 (estágio impulsivo) a 6 (estágio autônomo), com uma concentração maior de participantes no estágio 4 (estágio conformista). Nenhum participante ficou classificado no estágio 7 (integrado), que é o mais elevado da escala. Vale lembrar que não ocorre o estágio 1 (pré-social) em indivíduos adultos ou idosos (tabela 3).

A relação entre o desenvolvimento psicológico-moral e o sexo dos participantes evidenciou que os homens têm distribuições superiores à das mulheres nos dois estágios extremos (impulsivo e autônomo). Com relação às demais relações entre distribuição por faixa etária, escolaridade e idade média por estágio de desenvolvimento, todas foram não significativas (tabela 3).

5.4 Avaliação do desenvolvimento psicológico-moral e domínios do WHOQOL-OLD

As relações entre os estágios de desenvolvimento psicológico-moral e os domínios do WHOQOL-OLD foi igualmente não significativa, ou seja, não foram verificadas relações entre os diferentes estágios de desenvolvimento e os escores médios obtidos em cada um dos seis domínios estudados (tabela 4).

A correlação entre os domínios do WHOQOL-OLD e o desenvolvimento psicológico-moral apresentou índices de correlação bons para os domínios *atividade social* ($r=0,87$) e *autonomia* ($r=0,62$). Os demais domínios tiveram índices de correlação fracos (tabela 5).

Tabela 1 – Distribuição do sexo e da faixa etária de acordo com a escolaridade

Variável	N (%)	Escolaridade (%)					P
		Sem escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	Ensino Fundamental completo	Ensino Médio	Ensino Superior	
Sexo							
Masculino	76 (11,3)	2,6	59,2	34,2	2,6	1,3	0,048
Feminino	594 (88,7)	6,7	64,8	20,4	5,9	2,2	(S)
Faixa etária (anos)							
60-64	164 (24,5)	3,7	64,0	22,6	7,3	2,4	
65-69	161 (24,0)	4,3	67,1	18,0	7,5	3,1	
70-74	143 (21,3)	9,8	62,2	23,1	2,8	2,1	0,102
75-79	122 (18,2)	4,9	68,9	19,7	4,9	1,6	(NS)
80-84	58 (8,7)	8,6	51,7	36,2	3,4	0,0	
85 ou mais	22 (3,3)	18,2	63,6	13,6	4,5	0,0	
Idade (anos) (m ± dp)	----	73,02±7,7	70,3±7,2	70,8±7,3	68,2±7,0	68,2±5,6	0,028 (S)
Total	670	6,3	64,2	21,9	5,5	2,1	---

Tabela 2 – Resultado das facetas do WHOQOL-OLD de acordo com os dados demográficos

VARIÁVEL	PS		AUT		PPF		PSO		MEM		INT	
	Média (dp)	P	Média (dp)	P	Média (dp)	P						
Sexo												
Masculino	68,7 (17,7)	0,558 (NS)	64,8 (14,7)	0,294 (NS)	66,7 (9,8)	0,035 (S)	70,4 (10,9)	0,146 (NS)	72,7 (20,7)	0,014 (S)	71,2 (10,5)	0,076 (NS)
Feminino	67,4 (20,3)		66,5 (13,1)		69,5 (11,3)		72,2 (10,6)		66,2 (24,7)		68,7 (17,4)	
Faixa etária												
60-64	68,4 (20,1)		65,9 (13,1)		68,4 (10,7)		72,4 (10,4)		70,3 (14,3)		68,5 (8,9)	
65-69	70,1 (19,4)		67,7 (12,9)		69,4 (10,3)		73,2 (9,8)		69,9 (15,9)		69,8 (9,2)	
70-74	65,1 (20,3)	0,375 (NS)	65,2 (13,9)	0,070 (NS)	69,6 (12,6)	0,882 (NS)	71,8 (11,2)	0,100 (NS)	65,8 (19,9)	0,225 (NS)	67,0 (10,3)	0,185 (NS)
75-79	66,8 (20,9)		67,9 (12,2)		69,7 (10,4)		71,8 (10,1)		70,1 (16,1)		69,2 (10,0)	
80-84	66,7 (19,0)		66,1 (13,3)		69,6 (13,0)		70,8 (12,6)		68,7 (17,3)		67,8 (11,0)	
85 ou mais	66,5 (20,7)		59,6 (18,4)		67,9 (12,7)		66,4 (10,4)		66,7 (18,7)		67,2 (10,7)	
Escolaridade												
Sem	60,7 (23,2)		57,7 (15,1)		64,5 (14,3)		68,3 (13,9)		63,0 (19,7)		63,4 (10,9)	
Fund. Inc.	66,5 (20,2)		66,7 (12,9)		69,4 (10,8)		72,0 (9,9)		69,6 (16,4)		68,9 (9,7)	
Fund. Comp.	69,3 (18,5)	<0,001 (S)	65,4 (12,6)	<0,001 (S)	68,3 (10,9)	<0,001 (S)	71,4 (10,9)	<0,001 (S)	66,7 (17,1)	0,005 (S)	66,9 (8,8)	0,002 (S)
Médio	75,5 (15,6)		72,4 (12,7)		72,2 (9,8)		75,3 (9,8)		73,3 (13,9)		73,1 (7,6)	
Superior	81,7 (18,4)		75,8 (13,6)		78,5 (14,0)		81,6 (13,9)		79,9 (13,0)		76,6 (11,4)	
Total	67,6 (20,0)	---	66,3 (13,3)	---	69,2 (11,2)	---	72,0 (10,6)	---	69,0 (16,8)	---	68,5 (9,8)	---

Tabela 3 – Desenvolvimento Psicológico-Moral e suas relações com as demais variáveis demográficas

Variável	N (%)	Desenvolvimento psicológico moral (%)					P
		2	3	4	5	6	
Sexo							
Masculino	76 (11,3)	3,9	10,5	59,2	25,0	1,3	0,041 (S)
Feminino	594 (88,7)	0,5	14,1	56,7	27,8	0,8	
Faixa etária							
60-64	164 (24,5)	0,6	14,6	53,7	29,9	1,2	0,561 (NS)
65-69	161 (24,0)	2,5	11,8	57,1	28,6	0,0	
70-74	143 (21,3)	0,7	14,7	63,6	19,6	1,4	
75-79	122 (18,2)	0,0	14,8	52,5	32,0	0,8	
80-84	58 (8,7)	0,0	15,5	55,2	27,6	1,7	
85 ou mais	22 (3,3)	0,0	4,5	68,2	27,3	0,0	
Escolaridade							
Analfabeto	42 (6,3)	2,4	9,5	64,3	23,8	0,0	0,439 (NS)
1º grau incompleto	430 (64,2)	0,7	14,2	54,4	29,3	1,4	
1º grau completo	147 (21,9)	0,7	12,9	60,5	25,9	0,0	
2º grau completo	37 (5,5)	0,0	13,5	64,9	21,6	0,0	
3º grau completo	14 (2,1)	7,1	21,4	57,1	14,3	0,0	
Idade (m ± dp)	----	67,2±3,1	70,1±7,0	70,6±7,2	70,3±7,6	71,0±7,9	0,766 (NS)
Total	670	0,9	13,7	57,0	27,5	0,9	---

Tabela 4 – Médias dos escores WHOQOL-OLD para cada estágio de Desenvolvimento Psicológico-Moral

WHOQOL-OLD	Desenvolvimento psicológico moral (m ± dp)					P
	2	3	4	5	6	
FS	61,5±23,2	63,8±19,2	67,6±19,8	69,5±20,7	71,9±27,0	0,211 (NS)
AUT	65,6±20,4	66,5±11,5	65,5±13,3	68,3±14,0	63,5±13,9	0,219 (NS)
PPF	70,8±18,0	67,0±10,2	69,0±10,8	70,9±12,2	68,7±14,2	0,108 (NS)
PSO	69,8±19,1	71,4±10,7	71,7±10,7	73,1±10,3	78,1±8,6	0,328 (NS)
MEM	62,5±30,9	65,8±24,5	65,9±24,5	70,1±23,8	66,7±23,9	0,386 (NS)
INT	70,8±17,5	69,4±15,5	69,0±15,5	69,0±20,0	63,5±15,0	0,943 (NS)
TOTAL	66,8±10,9	67,3±9,3	68,1±9,6	70,1±10,1	68,8±14,2	0,131 (NS)

Tabela 5 – Correlação entre as variáveis dos escores dos seis domínios do WHOQOL-OLD em relação à Capacidade Psicológica-Moral

WHOQOL-OLD	Desenvolvimento psicológico-moral		
	r	r ²	P
FS	0,117	0,014	0,003
AUT	0,620	0,380	0,111
PPF	0,870	0,757	0,024
PSO	0,078	0,006	0,045
MEM	0,079	0,006	0,040
INT	0,046	0,002	0,234
TOTAL	0,104	0,011	0,007

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 Distribuição do sexo e escolaridade de acordo com a faixa etária:

Constatamos, nesse estudo, a prevalência do sexo feminino (88,7%) assim, como os resultados encontrados em outros estudos desenvolvidos no Brasil^{14,53, 54}. No Rio Grande do Sul no ano de 2000¹ o número de homens idosos em relação ao número de mulheres era 42,62%, confirmando mais uma vez a predominância do sexo feminino, fato também percebido no grupo etário pesquisado. A maior expectativa de vida desse grupo etário é atribuída principalmente à menor exposição a determinados fatores de risco¹. Em 2005, as mulheres representavam 51,3%, da população do País, e alcançavam 56,1%, no contingente de 60 anos ou mais de idade⁵⁵, apontando que a feminilização é uma característica da população de idosos no Brasil.

Em estudo publicado por Herédia et. al.⁵⁶, constataram que a diferença na distribuição da população idosa por sexo, apresentou uma predominância feminina de 6,4% na faixa etária dos 60 aos 64 anos, crescendo sempre até atingir a diferença de 31,6% na faixa etária de 95 aos 99 anos. Ressaltando que, várias são as hipóteses sobre a longevidade da mulher, entre elas: o acompanhamento médico-obstétrico mais efetivo, maior preocupação e mais cuidados em relação às doenças e à prevenção da saúde, padrões de comportamentos e estilo de vida mais saudável.

Os resultados obtidos com relação ao sexo e escolaridade estão de acordo com maioria dos estudos conduzidos com idosos^{57, 58}, onde a maior parte dos voluntários são do sexo feminino e com baixo nível de escolaridade (a maioria tem ensino fundamental incompleto). No que concerne à escolaridade da população idosa do Rio Grande do Sul, de

um modo geral, ainda predominam os que cursaram o primário incompleto, seguido pelos analfabetos e por idosos com primário completo⁵⁸. Quanto mais avançada a faixa etária, maior será a proporção de pessoas sem qualquer nível de escolaridade ou com primário incompleto⁵⁸. Notória esta questão, refletindo as condições sociais apresentadas no início do século passado, demonstrando que o acesso à educação era restrito. A possibilidade educacional há mais de meio século atrás era muito baixa, precisavam trabalhar auxiliando no sustento da família, que na maioria das vezes era numerosa.

A escolaridade parece ser influenciada tanto pela idade com que o indivíduo começou a estudar quanto pela frequência à escola e número de anos estudados. O nível educacional elevado seria fator preventivo no embotamento do estado mental durante o envelhecimento normal⁵⁹.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁶⁰ apontam que, na última década, houve aumento significativo no percentual de idosos alfabetizados no País. Se em 1991, 55,8% dos idosos declararam saber ler e escrever pelo menos um bilhete simples, em 2000, esse percentual passou para 64,8%, o que representa um crescimento de 16,1% no período. Os dados fazem parte do Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil e mostram que, apesar dos avanços, ainda existem 5,1 milhões de idosos analfabetos no país⁶⁰. Neste estudo, evidenciou-se que 93,7% dos pesquisados sabem ler e escrever.

Em um estudo conduzido por Paskulin e Vianna⁶¹, que avaliou o perfil sócio-demográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre, mostrou que entre os idosos, 67,8% eram do sexo feminino, 84% encontravam-se na faixa dos 60 aos 79 anos, 81% consideravam-se saudáveis. Em comparação com os homens, as mulheres

tenham menor escolaridade ($p=0,021$). Estes dados são similares aos aqui obtidos, uma vez que também apresentou uma maioria feminina e maior porcentagem de idosas analfabetas.

É relevante destacar a importância do nível educacional, pois alguns autores consideram que o baixo nível educacional e a idade são fatores de risco reais não só para o desempenho no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), mas para o desenvolvimento de demência. De modo geral, já existe o consenso, de que um nível escolar elevado exerça um papel protetor contra o declínio cognitivo^{62, 63}.

6.2 Facetas do WHOQOL-OLD de acordo com Variáveis Demográficas

Os dados obtidos mostraram que as médias dos escores de todos os domínios do WHOQOL-OLD apresentaram diferenças significativas com relação à escolaridade, ao contrário ao da relação com as faixas etárias, que não apresentaram diferenças significativas. Uma possível explicação para esse achado seria que a baixa escolaridade e o analfabetismo comprometem o nível de entendimento dos indivíduos e limitam o acesso a informações veiculadas pela escrita. Assim, os idosos ficam restritos a registros de sua memória e na dependência de informações e esclarecimentos de terceiros⁵⁶. Tal fato pode interferir em algumas atividades ou na habilidade em interagir com outras pessoas, além de poder causar algum impacto negativo na sua auto-estima, no auto-cuidado à saúde, e até mesmo na tomada de decisão, resultando em uma baixa qualidade de vida. Entretanto, os achados nessa área ainda são controversos. Alguns estudos demonstram que o nível educacional não está associado a variações na qualidade de vida em idosos, ainda sugerem que os relacionamentos pessoais satisfatórios, seguidos de boas condições de saúde e

monetárias e atividade sexual são de fato os maiores contribuintes para variações na qualidade de vida, em detrimento da idade, sexo, estado civil e educação^{64, 65}.

Com relação ao domínio atividades passadas presentes e futuras, o presente estudo, mostrou que existe diferença significativa entre as médias dos escores entre os sexos. Este domínio abrange a satisfação com realizações na vida e com objetivos a serem alcançados.

As idosas apresentam maior média nesta faceta. Talvez, esse achado seja reflexo da maior participação de mulheres, do que os homens, em grupos de convivência, em outras atividades sociais e de lazer como, por exemplo, grupo de dança, ginástica, oficinas de artesanato e até mesmo, as atividades na igreja⁶⁶. Dados semelhantes, também foram encontrados no estudo de Cachioni⁶⁷, que realizou uma pesquisa na Universidade da Terceira Idade de São Francisco com idosas e concluiu que a participação das alunas na referida Universidade, levou-as a se sentirem socialmente mais valorizadas e mais respeitadas, refletindo em maior autoconfiança e auto-eficácia, no âmbito cognitivo e de produtividade. Este fato também foi evidenciado no estudo de Fraquelli⁶⁸, onde o sexo feminino apresentou uma associação significativa nos escores de qualidade de vida ($P=0,014$), quanto ao domínio Atividades Passadas, Presentes e Futuras.

O ser humano não é estático, mas profundamente dinâmico, e esta é uma compreensão que as idosas apresentam. As experiências por elas vividas no passado são, neste momento, reconhecidas como positivas e a participação em diversas atividades imprimi um significado satisfatório em suas vidas. Tal condição, faz com que sintam-se felizes com a expectativa de um futuro promissor e a esperança de continuarem tendo uma vida positiva. Ainda referiram estarem satisfeitas com o que alcançaram em suas vidas e o que esta lhes proporcionou, e continuam acreditando na obtenção de novas oportunidades. Estudo realizado em Botucatu, com 365 idosos onde investigou o grau de satisfação destes

em relação à vida e obteve um resultado de 51,5% (n=187) se consideraram muito satisfeitos e 43,6% (n=159) satisfeitos⁶⁹. O que denota a satisfação do idoso com sua vida.

Com relação ao domínio morte e morrer, o presente estudo, mostrou que existe diferença significativa entre as médias dos escores entre os sexos. Este domínio abrange a preocupação com a maneira pela qual irá morrer, medo de não poder controlar a sua morte, medo de morrer e teme sofrer dor antes de morrer. Neste domínio os homens obtiveram escores superiores ao das mulheres, o que indica que os homens têm mais tranqüilidade em relação à morte e o morrer.

Neste domínio poucos são os estudos que recentemente, tem discorrido a cerca desta temática. Esta é uma tendência dos seres humanos desta sociedade contemporânea, de considerarem a morte como algo que não faz parte da experiência da vida. Assim, tem dificuldade em lidar com a finitude, e tentam afastar a morte da vida social de cada dia, visto que o término da vida passou a acontecer em um ambiente privado, o hospital, afastando as pessoas do acompanhamento do moribundo^{70, 71}.

Estudos têm sugerido que os idosos, em geral, não tem medo da morte, se consegue perceber que sua vida teve um sentido ou deixou um legado⁷². O bom desenvolvimento psicológico da velhice deve, portanto, incluir uma boa relação com a perspectiva da morte⁷³. Segundo um estudo realizado na Holanda, com 100 idosos, apenas um pequeno número de pessoas temia o fim, sendo a atitude mais freqüente a aceitação ou o consentimento, particularmente por parte dos que atingiram uma certa maturidade psicológica, predominando atitudes mais negativas nas pessoas imaturas⁷⁴. Para esses autores a finitude é um tema central nas primeiras fases de envelhecimento, de tal modo que poderíamos considerar a velhice como um adeus antecipado. Rasmussen e Brems⁷⁵

constatarem que a maturidade psicológica era um preditor melhor da ansiedade face à morte do que a idade, embora esta também se correlacionasse com o medo da morte.

Na maioria das investigações, no que concerne ao sexo, em geral não foram encontradas diferenças significativas, embora alguns indicassem que o sexo feminino tem mais medo da morte particularmente em áreas específicas^{76, 77}. Mas em geral as diferenças não são significativas, se bem que se assista em algumas investigações a uma tendência a maior ansiedade tanatológica nas mulheres^{77, 78}. Estudo realizado no Brasil, também mostrou que as mulheres idosas têm maior temor à morte⁷⁹. O presente estudo vem contribuir com os resultados já encontrados por outros autores ao investigar a faceta MEM.

O medo da morte pode interferir de forma negativa na qualidade de vida do idoso, sendo gerador de ansiedade e impedindo-o de executar determinadas tarefas, que anteriormente, lhe conferiam satisfação. A literatura científica tem demonstrado que a espiritualidade e a religiosidade apresentam relações com a qualidade de vida do indivíduo e vários estudos têm comprovado este entendimento^{80, 81}.

A espiritualidade tem sido apontada como uma importante dimensão da qualidade de vida, pois, pode explicar um propósito na vida que promova bem-estar. Nesse sentido, raros estudos estão sendo conduzidos para avaliar a associação entre espiritualidade e o temor da morte, o que se observa, empiricamente, é que os homens têm uma menor participação em organizações religiosas, frequência ou presença em congregações religiosas. Parece que, os homens, lidam de uma forma diferente com a espiritualidade, porém, é necessário, investigações para comprovar tal hipótese.

Com relação à intimidade, os idosos do sexo masculino também apresentaram escores médios maiores que o feminino, embora não sejam estatisticamente significativos. O sentimento de companheirismo, sentir amor pela vida e pelas pessoas que os rodeiam

tem um valor significativo nesta fase da vida. Sentirem-se amados e poder retribuir tal sentimento possibilita o sentido de pertença. Os idosos que são respeitados e acolhidos no seio familiar sentem-se mais felizes e valorizados. No entanto, estudos que abordem a questão da intimidade em idosos, nesta ótica, são inexistentes.

A maioria dos estudos que investiga a questão da intimidade, estão vinculados a sexualidade em idosos, isto porque, para os idosos homens a habilidade em permanecer sexualmente ativo é uma das maiores preocupações em suas vidas⁶⁵. O medo de perder a capacidade sexual em homens idosos é muito comum. O medo da morte é outro fator que afeta a sexualidade de idosos. Existem muitas associações simbólicas entre atividade sexual na terceira idade e morte. O medo de que ocorra um infarto ou um acidente vascular cerebral durante o ato sexual, freqüentemente, leva o idoso a evitar o contato sexual. Entretanto, com o avanço médico-tecnológico, os homens idosos têm tido a chance de prolongar as suas atividades sexuais, e até mesmo resgatar a libido.

As mulheres idosas expressam o desejo sexual de modo mais tênue, talvez pelo medo de não serem aceitas, de não despertar desejo no parceiro, ou por não terem um parceiro, ou ainda, por dedicarem as suas vidas ao cuidado à família, podem levá-las a deixar em segundo plano esse tipo de atividade. No entanto, os poucos estudos existentes, têm mostrado que para os idosos, em geral, o ato sexual em si não é o mais importante nessa etapa da vida, mas o companheirismo, a cumplicidade e as demonstrações de afeto e carinho, são atitudes que os tornam mais satisfeitos com a vida^{65, 66}. Desse modo, os inter-relacionamentos pessoais, em idosos, desempenham um papel fundamental na sua qualidade de vida, sentimento que foi revelado neste estudo.

6.3 Desenvolvimento Psicológico-Moral e suas Relações com Variáveis Demográficas:

A avaliação do Desenvolvimento Psicológico-Moral evidenciou uma maior concentração de idosos no estágio 4 (conformista). Esse resultado é muito interessante sob o ponto de vista social e psicológico, pois se espera que o idoso esteja em uma fase mais avançada do desenvolvimento psicológico-moral. Em tese, espera-se que o idoso tenha alcançado um amadurecimento moral e psicológico, e que se encontre nos últimos estágios, onde o indivíduo já possui as regras introjetadas e é capaz de tomar decisões livres de constrangimento, de forma independente, bem como, perceber que faz parte de um todo, porém, com a compreensão da interdependência existente. A progressão nos estágios equivale a uma marcha para o equilíbrio⁸². Entretanto, o resultado aqui encontrado mostra que os idosos se encontram no estágio 4, conformista, onde as crenças do indivíduo se sobrepõem aos seus próprios desejos e justificam as contingências impostas pelo meio.

Além disso, os resultados mostram que existe diferença significativa entre os sexos, ou seja, os homens apresentam distribuição superior à das mulheres nos dois estágios extremos (impulsivo e autônomo). Nesse caso, historicamente e culturalmente o sexo masculino foi educado para ser autônomo, tomar decisões, manter a prole e etc. O homem é a representação do individualismo e da liberdade em sociedade, ou seja, toma decisões por impulso, baseado apenas em seu desejo, não considerando as informações ou as interações sociais. De acordo com Rousseau⁸³, as meninas “deveriam ser acostumadas cedo à restrição”. Uma lição mais importante para as mulheres é aprender sobre seus deveres e, além disso, “a amar esses deveres”. Os deveres incluem tarefas domésticas, mas não necessariamente, ler ou escrever numa idade muito prematura. A natureza doméstica da educação de mulheres enfatiza o papel de mãe e dona de casa. Além desse, o único

dever que uma mulher tinha era o de ser esposa. E, essa concepção do papel diferenciado na sociedade entre homens e mulheres, ainda parece estar introjetado na visão de mundo da maioria dos idosos, provavelmente em decorrência de sua formação cultural e social. A maioria das diferenças encontradas nas amostras de adultos, segundo Walker⁸⁴, pode ser explicada pelo tipo de ocupação exercida pelos homens e mulheres (enquanto os homens exercem profissões liberais, as mulheres são donas de casa). Segundo Gilligan⁸⁵, o julgamento das mulheres caracterizar-se-ia, na maioria das vezes, por uma moral voltada para relações interpessoais, guiada pela bondade, pelo cuidado e pela responsabilidade, o que, segundo a autora, é devido a sentimentos de empatia e compaixão e pelo fato das mulheres se preocuparem com a resolução de problemas reais e não hipotéticos. Esse tipo de pensamento, moral feminino, corresponderia ao terceiro estágio da tipologia *kohlberguiana*. Já a moral dos homens, caracterizar-se-ia por uma preocupação pela defesa das normas, dos direitos, da justiça e da individuação do sujeito – moral do quarto estágio⁸⁵. A autora afirma, que homens e mulheres diferem no que diz respeito aos modos de focar problemas morais e de vivenciar as relações do Eu com os outros. Com base na psicanálise, ela explica como, ao longo do seu desenvolvimento, homens e mulheres constroem suas identidades, adotando características dos respectivos papéis, conforme os valores da sua cultura⁸⁵.

Desse modo, os resultados em relação às questões de gênero, estão de acordo com a literatura. Em relação ao desenvolvimento psicológico-moral, os idosos, de uma certa forma, estão mais arraigados a um sistema de crenças e valores que molda o seu estilo e concepção de vida, e que frequentemente, se sobrepõe aos seus reais anseios. Por isso, não raramente, é comum encontrar em homens idosos, um comportamento inflexível e rígido diante das contingências impostas pelo meio.

6.4 Correlação entre os Domínios do WHOQOL e a Capacidade Psicológica-Moral:

Os resultados obtidos mostram que existe correlação entre os domínios do WHOQOL-OLD e o da Capacidade Psicológica-Moral. Tanto a autonomia, quanto a participação social, estão correlacionados com a capacidade psicológica-moral dos idosos.

A autonomia é um dos determinantes para uma boa qualidade de vida e um dos pressupostos básicos para a capacidade moral. Segundo Habermas⁸⁶, autônomo é aquele sujeito que se constrói a partir de suas relação consigo mesmo, com os outros e com a realidade objetiva. O sujeito autônomo, enquanto protagonista de condutas morais, não se constitui de forma isolada, independentemente das condições sociais, históricas, políticas, econômicas e culturais. Ao contrário, define-se como aquele que, dialógica e dialeticamente, é capaz de articular, de forma crítica e ativa, vontade subjetiva (individual e pessoal) e vontade objetiva (instituições sociais e cultura), questionando, refletindo, respondendo, influenciando e sendo influenciado pelas ocorrências do seu ambiente, construindo e reconstruindo, dinamicamente, as suas experiências, tanto no plano individual quanto coletivamente.

O agir moralmente autônomo, pressupõe, para sua realização, a existência de um sujeito consciente para refletir, discutir, avaliar e deliberar sobre a correção dos atos morais, tanto no âmbito mais íntimo, pessoal e individual, quanto na esfera das relações intersubjetivas e sociais. Supõe, ainda, um sujeito que exercita a sua vontade, enquanto capacidade para deliberar diante das opções surgidas⁸⁷. Que se mostra responsável, com condições para assumir-se como autor das ações morais, respondendo por elas e que é livre para expressar a sua vontade, para se auto-determinar sem coação, nem pressão externa⁸⁸.

Nesse sentido, como a maioria dos idosos, participantes do presente estudo, se concentra no estágio 4, a identidade deixa de ser vivida como algo de existente, de previamente dado e acessível à observação, passando a ser entendida como prolongada na ação e na administração de si mesma. O dever e a responsabilidade tornam-se categorias centrais neste estágio. Assiste-se, assim, a uma consolidação da autonomia, na medida em que o indivíduo não se sente apenas à fonte intencional das suas ações, como acontecia na fase anterior, mas sente também que investe nelas, projetando a sua identidade⁸⁹.

A autonomia está intimamente relacionada à capacidade, à medida que é necessário que o indivíduo tenha capacidade de exercer a sua própria autonomia. Sendo que esta capacidade é intrínseca a cada pessoa, e resulta de uma construção gradativa e individual, tornando-se bastante difícil afirmar o exato momento em que o indivíduo atinge a sua capacidade plena devido à subjetividade do processo⁹⁰. Logo, a autonomia dos idosos reflete diretamente na sua participação social, pois o capacita a participar de um processo no qual, interagem aspectos externos e internos à sua escolha. Assim, o poder decisório do idoso, quanto à tomada de decisão de como agir é pessoal e social, e sua elucidação exige uma resposta única e crítica. É esse poder de decisão que vai permear a definição de qualidade de vida de cada idoso. E isso só é possível com a participação de um sujeito consciente, livre e responsável.

7 CONSTRUTOS DO ENVELHECIMENTO COM QUALIDADE DE VIDA: A PERCEPÇÃO DOS IDOSOS

Neste momento busca-se apresentar alguns aspectos que contribuem na qualidade do envelhecer, e os significados destes, na perspectiva dos idosos. Estes dados são oriundos das entrevistas realizadas com as coordenadoras dos grupos, onde foram destacadas as falas que mais se repetiam. Diante da congruência destas informações se organizou a tabela 8. É notório observar que são vários os elementos que interferem neste processo e que estão culturalmente e socialmente imbricados.

Tabela 6 – Fatores que contribuem para o envelhecimento com qualidade de vida

Fatores que contribuem para o envelhecimento com qualidade de vida	Nº Idosas	%
Receber uma aposentadoria adequada	09	75,00
Manter as amizades e os bons relacionamentos	09	75,00
Receber apoio da família	08	66,67
Ter saúde	07	58,33
Receber afeto, carinho e amor	07	58,33
Ser respeitado e valorizado	06	50,00
Ter autonomia, ser independente	06	50,00
Poder sair, se divertir, passear	06	50,00
Participar dos grupos de terceira idade	06	50,00
Ter uma alimentação adequada	05	41,67
Ter fé em Deus	04	33,33
Realizar atividade física – não ser sedentário	03	25,00
Ter políticas públicas adequadas aos idosos	03	25,00
Ser bem aceito na sociedade	02	16,67
Ter moradia própria	02	16,67
Aprender coisas novas	02	16,67
Não usar medicação sem controle médico	02	16,67

A partir dos construtos descritos, pelos participantes do estudo na tabela 6, como sendo os fatores que contribuem para o envelhecimento com qualidade de vida e os significados destes para os idosos foram reunidos os que apresentavam significados

semelhantes e organizados em categorias, para serem analisados de acordo com a análise de conteúdo proposta por Bardin⁵⁰, e serão apresentados a seguir:

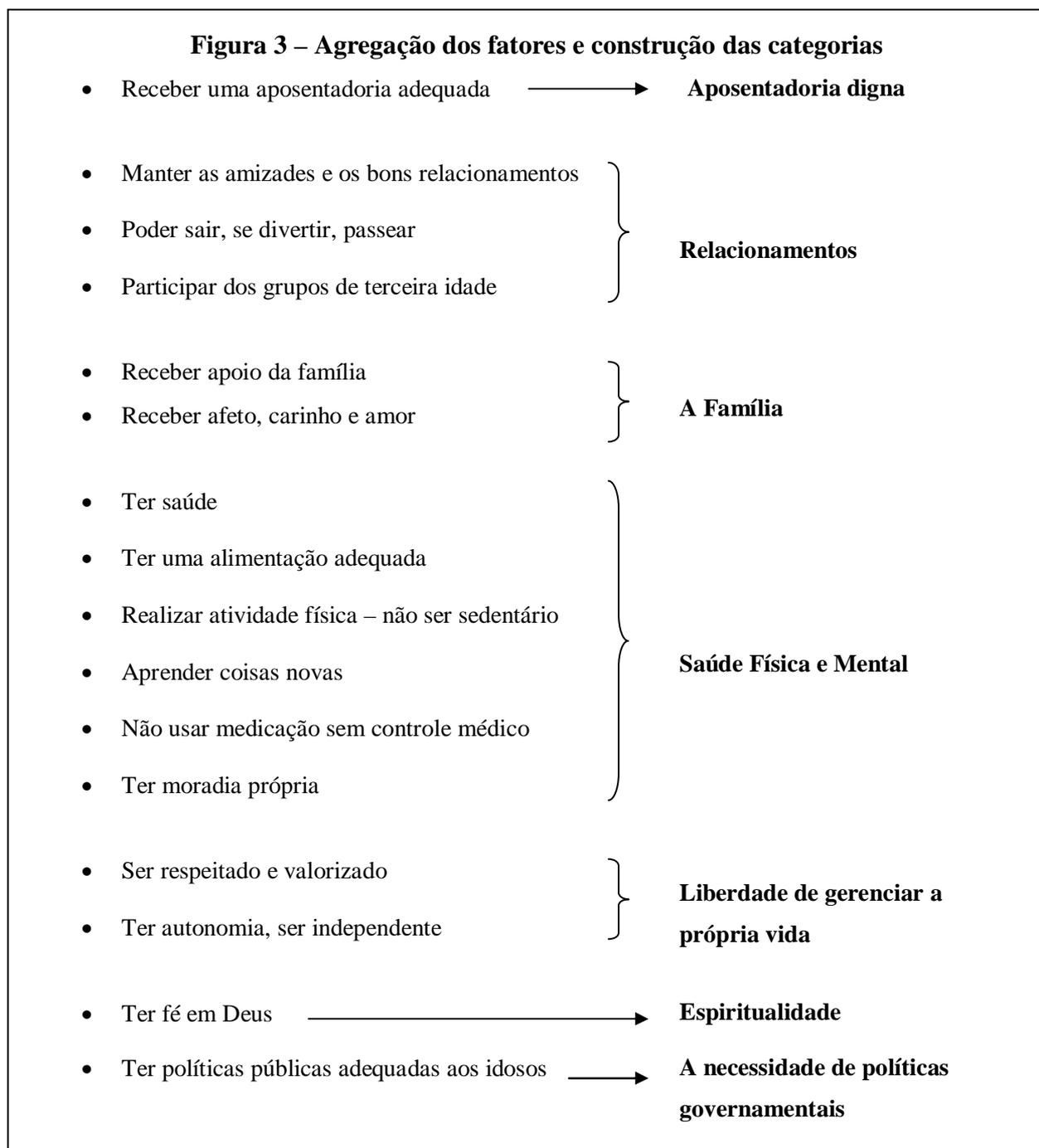
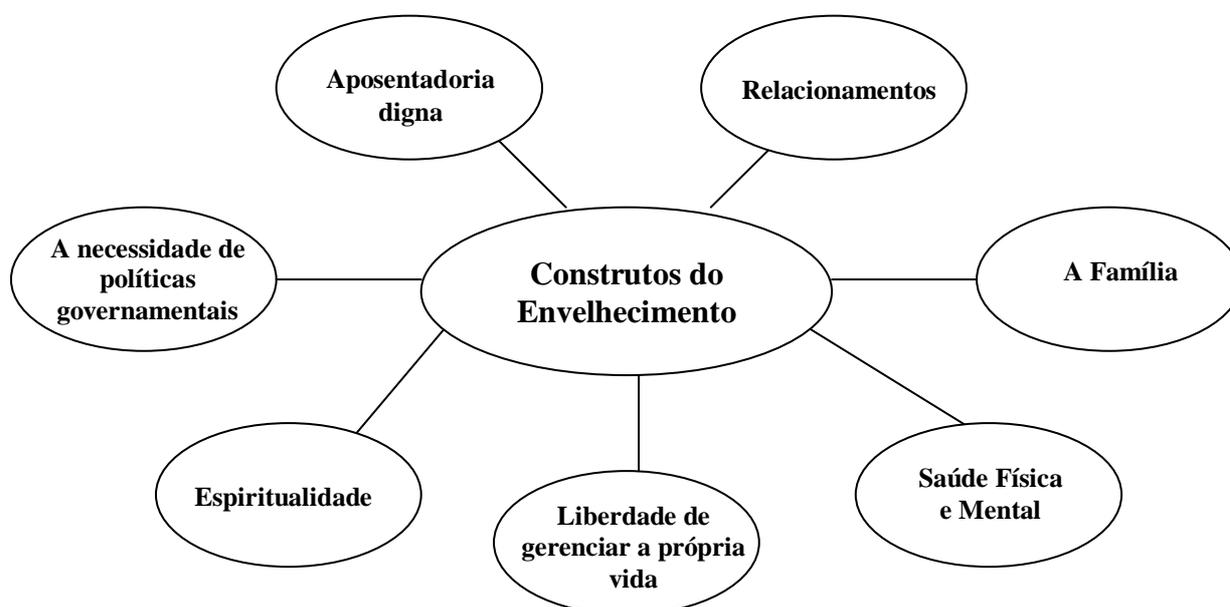


Figura 4 – Categorias dos Construtos do Envelhecimento



7.1 Aposentadoria digna: a possibilidade do envelhecer saudável

Nesta categoria a aposentadoria digna é entendida como a aquisição de uma renda mensal suficiente para suprir as necessidades do cotidiano dos idosos. A questão econômica/financeira foi relatada por quase a totalidade das entrevistadas, como se pode observar nos discursos a seguir:

Deveríamos receber um salário digno, para termos uma vida em paz, com dignidade, não morrer na miséria como muitos por aí! A maioria dos aposentados só ganham para o remédio, e quem não tem a aposentadoria como que vive? E2

Principalmente ter um salário adequado, pois a realidade de hoje é que o salário é muito baixo e na maioria das vezes não é possível fazer o que se quer ou o que se precisa. E4

Ter uma aposentadoria adequada para as nossas necessidades, que nos possibilite viver com tranquilidade, sabendo que o dinheiro dá para o nosso sustento e para fazermos o que precisamos E6

A parte financeira é extremamente importante, você tem que ter um bom salário, uma aposentadoria adequada, que supra suas necessidades, se não temos condições financeiras, não podemos nos tratar nem nos cuidar (...) depende do salário que se ganha pra se ter uma boa qualidade de vida (...) muitos idosos estão passando necessidades, o dinheiro não dá para o mínimo que eles precisam. E12

As falas desvelam a precariedade que vive a grande maioria dos idosos, em um país que envelheceu rapidamente e não se preparou para enfrentar os desafios e a responsabilidade que o envelhecimento populacional acarreta. O que demonstra que o processo de envelhecimento transcende aos problemas individuais passando para a esfera do social, uma vez que as ações sociais e os programas de saúde interferem diretamente na qualidade de vida de uma sociedade. Na população brasileira, em 2003, 43,8% dos idosos tinham rendimento inferior a um salário mínimo⁵⁷. Os rendimentos estão freqüentemente diminuídos entre os idosos, sendo os fatores socioeconômicos importantes na vida diária e na qualidade de vida deste grupo populacional, uma boa situação socioeconômica mostra-se associada a melhor qualidade de vida⁹¹. Estudo realizado por Sherbourne et al.⁹² constataram que problemas financeiros reduzem o bem-estar em idosos. No entanto, o estudo realizado por Pereira et. al.⁵⁷ não encontraram influência significativa da variável renda em nenhum dos domínios da qualidade de vida, eles pressupõe que tal acontecimento pode ser atribuído ao fato de que o município estudado é de pequeno porte, com baixo custo de vida, predominando as atividades agrícolas familiares e de subsistência. Além disso, o Programa de Saúde da Família presta assistência sanitária, incluindo visitas domiciliares dos profissionais de saúde e distribuição de medicamentos. Acredita-se que estes fatores diminuam o custo para sobrevivência dos idosos.

O crescimento deste segmento populacional traz importantes repercussões para o campo social e econômico, uma vez que um crescente número de pessoas está passando a

dependem da previdência e dos serviços públicos de saúde e da assistência social. No entanto, são precários os serviços e benefícios disponibilizados pelo Estado. Os problemas dos idosos, principalmente dos mais pobres, são ainda agravados pelas aposentadorias e pensões irrisórias, ainda soma-se a esse fato a diminuição da possibilidade dos mais jovens ampararem os parentes idosos, em virtude de fatores econômicos. A essa realidade, se acrescentam as decorrências sociais da vida não produtiva, que em muitas situações impedem os idosos de encontrar novos espaços de realização pessoal e a oportunidade de ganhos financeiros⁹³. Esta categoria social, face ao direito de existir com dignidade e de modo especial, no atendimento e na concretude de suas necessidades.

Na maioria das vezes, nem o corte dos 60 anos de idade, assumido pela Organização Mundial de Saúde⁹⁴, para países em desenvolvimento, é respeitado no momento do exercício da cidadania do idoso. No Brasil, por exemplo, a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, mediante o Benefício da Prestação Continuada (BPC), atualizado no Estatuto do Idoso⁹⁵, garante 1 (um) salário mínimo mensal ao idoso, muito pobre, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais de idade, num país onde a expectativa de vida é de 72,24 anos, tendendo a baixar em algumas regiões específicas⁵⁵.

7.2 Relacionamentos como mediações sociais importantes

O homem, enquanto ser existencial necessita se relacionar e manter uma convivência com os outros e por ser afetivo, se expressa e se comunica, condição que possibilita a concretude de sua maneira de ser e estar no mundo em que com outros coabita. É neste contexto, que se encontram as seguintes assertivas:

Não podemos nos isolar, temos que manter as amizades, seja no grupo da terceira idade, na vizinhança, na igreja, ajudando na pastoral da saúde, sendo voluntária em alguma coisa que faça bem. Isso é uma oportunidade para não se acomodar (...) temos que partilhar as experiências, trocar abraços e carinho. Além da demonstração do afeto, esses relacionamentos, são mediações sociais importantes. E5

Só porque é velha tem que ficar dentro de casa! Tem mais é que sair, conversar, se divertir, praticar coisas boas, isto faz muito bem à vida e a nossa saúde. Tu saindo, vendo pessoas, encontrando com uma amiga, tomando um chimarrão o que estava pra baixo se foi, tu até te motiva mais, se foi à depressão! Nos bailecos que a gente faz, a gente rejuvenesce um monte. E7

As amizades contribuem muito para se envelhecer de maneira agradável e prazerosa, estar aberto, conversar bastante, para não ter depressão, a solidão mata! E12

Desvela-se dos discursos que é por meio dos relacionamentos que o ser humano estabelece e reconhece a presença do outro, presença esta imprescindível na construção de sua existência, uma vez que através do afeto e do carinho se sustenta uma amizade e se amplia uma relação. O desenvolvimento pessoal está alicerçado no curso das relações sociais, sem as quais não é possível ao ser humano se construir como ser existencial. Estas redes de suporte social contribuem para que o indivíduo acredite que é cuidado, amado e valorizado, se sentido pertencente ao grupo, onde podem dar e receber apoio emocional, portanto, são significativas no processo de envelhecer⁹⁶.

Ainda emerge dos discursos que a manutenção das amizades é um veículo capaz de minimizar sintomas depressivos. Altos níveis de suporte social, atividades adjuvantes no apoio do idoso e enfrentamento ativo das dificuldades estão associados a baixos níveis de depressão, demonstrando a importância ímpar das redes sociais⁹⁷. As relações sociais podem de várias formas, promover melhores condições de vida e saúde para os idosos. Por outro lado, à ausência de convívio social, causa severos efeitos negativos na capacidade cognitiva geral, além de depressão⁹⁸. Quanto mais ativos os idosos permanecerem na

velhice, menos onerarão a família e os serviços de saúde, portanto, quanto mais tempo permanecerem integrados ao meio social, mantendo os vínculos de amizade, maior serão os benefícios a si próprios e a sociedade.

É inegável o valor que assume a participação dos idosos nos grupos de terceira idade como oportunidade de manter e conquistar novos relacionamentos, ainda sendo promotor de saúde e bem estar. Este entendimento fica evidenciado nas seguintes falas das participantes do estudo:

Nós vamos lá é para viver um pouquinho melhor, para conhecer pessoas diferentes, passar ao menos uma tarde prazerosa, junto com outros idosos, comer uma pipoca, tomar um chimarrão, jogar um bingo, um baralho, para nós isso ai é qualidade de vida, não ficar só em casa, sentado na televisão E2

Participar nos grupos, pois o grupo não é só pra dançar, é bom pra tudo, conversar, trocar idéias, tomar chimarrão, fazer brincadeiras, vamos às vezes à praia, são tantas coisas que não tivemos oportunidade de fazer quando éramos jovens e que agora temos. E3

Ir no grupo é uma coisa saudável que nós encontramos, é uma coisa maravilhosa. Estamos tendo uma experiência nova de vida, estamos reencontrando as amigas antigas e fazendo novas amizades. Nos divertimos, passeamos, saímos, porque se ficarmos só em casa vamos nos deprimindo, nos envolvendo com trabalho como era uma vez. E6

Participar nos grupos de terceira idade foi a melhor coisa que aconteceu, lá nós continuamos demonstrando o amor pela vida, somos exemplo aos jovens, nos divertimos sem nada de droga, sem nada de álcool. Você passa pelas mesas e os idosos estão bebendo água, simplesmente água, e estão lá dando suas gargalhadas, rindo, felizes! O grupo proporciona muitas amizades, é um convívio muito bom, outra família. E11

As idosas coordenadoras dos grupos manifestam a percepção de que, nestes espaços sociais se concretiza a oportunidade para os idosos saírem de casa e interagirem com outras pessoas, o que antes não era vivenciado, uma vez que ficavam em casa sentido-se sozinhas e levando uma vida sedentária – comportamentos que acarretavam perdas nas funções físicas e psíquicas. Essa participação pode reduzir os fatores geradores de estresse e

depressão, pois, ao rirem, brincarem e dançarem, suas ansiedades e angústias são minimizadas. É inegável que o compartilhar de atividades com pessoas da mesma geração favorece a qualidade de vida e o bem-estar, porque facilita a emergência de significados comuns e a aproximação interpessoal. A participação dos idosos nos grupos de convivência promove o seu reencontro com o processo de educação e tem se constituído em oportunidades de aprendizagem, onde a manifestação de sua opinião é estimulada assim como oportunizada a construção da cidadania e do processo emancipatório⁹⁹. O grupo por si só também exerce uma forte influência na ressocialização dos idosos, pois, após se aposentarem, muitos se defrontam com o isolamento social e, ao terem a oportunidade de conviver com outras pessoas, geralmente, encontram um novo significado no seu existir e um objetivo a seguir.

Estes grupos, enquanto movimento social, que busca a transformação do envelhecer possibilita aos idosos, após se tornarem participantes desse movimento, reinventar a realidade de seu viver, incorporando novos hábitos, desenvolvendo uma auto-estima positiva, fazendo novas amizades, melhorando o relacionamento no âmbito familiar e apresentando menos problemas de saúde¹⁰⁰. A atividade em grupo é uma forma de manter o indivíduo engajado socialmente, onde a relação com outras pessoas contribui de forma significativa em sua qualidade de vida¹⁰¹.

O idoso precisa ter vontade de participar do grupo para que assim possa usufruir dele, aspectos estes, que ajudam a melhorar e tornar mais satisfatória sua vida. Na terceira idade, as atividades sociais constituem aberturas para o estabelecimento de novos canais de comunicação entre as pessoas. O engajamento em atividade de grupo tem mostrado mudanças no comportamento dos idosos, principalmente, no círculo de amizade, que é ampliado, contribuindo assim, para romper situações de solidão¹⁰².

A participação de idosos em atividades em grupo representa um aspecto diferencial, no rumo de suas histórias de vida, pois favorece a vivência de um estado de plenitude e bem-estar, que possibilita um reforço em seu sentido existencial, ajudando a perceber seu futuro como uma história em construção¹⁰³.

Em idosos, em particular, a convivência em grupo é importante para um perfeito equilíbrio biopsicossocial, reduzindo ou removendo conflitos pessoais e ambientais, facilitando a socialização e oferecendo suporte social para enfrentar as dificuldades que surgem com o envelhecimento, contribuindo, dessa forma, para uma melhor qualidade de vida.

7.3 A família: elemento fundamental na qualidade de vida do idoso

Em todas as fases da vida a família exerce uma importância fundamental no fortalecimento das relações, representando para o idoso um fator que influencia significativamente em sua segurança emocional. É neste prisma, que se encontram as seguintes falas:

É fundamental ter uma família que seja compreensiva, que aceita o idoso como ele é, e ajude ele a ser melhor. E2

O que faz muito bem ao idoso é o carinho, o amor, a compreensão, a justiça e a valorização que recebemos, isso ajuda muito pra que se viva feliz, isso faz muita falta na nossa vida. E7

O idoso que se sente amado pela família que tem o respeito, o carinho dos familiares tem boa qualidade de vida, porque ele se sente valorizado (...) receber carinho, abraçar e dar amor é maravilhoso! E8

As narrativas desvelam as particularidades que permeiam as relações familiares, sendo estas estruturadas por relacionamentos de afeto. Pode-se afirmar que o apoio que é

prestado pelas famílias aos seus idosos está ancorado nas características sócio-afetivas e na dinâmica relacional definidas ao longo da história pelos membros familiares que co-habitam o mesmo espaço e, portanto, promovem apoios diversos uns aos outros.

A teoria do Comboio Social, introduzida por Kahn e Antonucci em 1980¹⁰⁴, caracteriza-se como uma teoria de curso de vida, que enfoca o desenvolvimento e acúmulo de interações, considerando que os indivíduos constroem e mantêm relações sociais, ao longo da vida, com pessoas que lhe são significativas. Os membros do comboio que são mais íntimos ao indivíduo, como cônjuges, familiares e amigos, são os que exercem maior influência. Este grupo de pessoas são as que acompanham as experiências e as vicissitudes do indivíduo em sua trajetória de vida, amparando-os e apoiando-os, reafirmando o seu valor, ajudando-os a (re)significar suas experiências, dando sentido a sua história pessoal.

Reconhece-se que para cada família o envelhecimento assume diferentes valores que, dentro de suas peculiaridades, pode apresentar tanto aspectos de satisfação como de pesadelo. Podemos afirmar que as relações familiares não são neutras, expressando as histórias individuais e coletivas dos seus membros. Tal compreensão é descrita nos discursos que seguem:

Os filhos também influenciam muito, você tendo os filhos que não te dêem muita preocupação, não te incomodem, que tu tenhas paz de espírito, que tu possas viver a tua vida mais leve, mais tranqüila. E10

Tem famílias que ajudam e fazem de tudo pra que o idoso seja feliz, mas tem famílias que não, inclusive tiram dos pais em vez de ajudar porque se vê de tudo. E12

Que família não interfira no dinheirinho que ele recebe da aposentadoria, que ele possa comprar seus remédios, suas coisas, até um creme de beleza, uma roupinha melhor, um sapato melhor, é importante ela ter liberdade de ter seu dinheirinho e fazer dele o que desejar. E8

O ambiente familiar pode determinar as características e o comportamento do idoso. Assim, na família suficientemente sadia, onde predomina uma atmosfera saudável e harmoniosa entre as pessoas, possibilita o crescimento de todos, incluindo o idoso, pois todos possuem funções, papéis, lugares e posições e as diferenças de cada um são respeitadas e levadas em consideração. Em famílias onde há desarmonia, falta de respeito e não reconhecimento de limites, o relacionamento é carregado de frustrações, com indivíduos deprimidos e agressivos. Essas características promovem retrocesso na vida das pessoas. O idoso torna-se isolado socialmente e com medo de cometer erros e ser punido¹⁰¹. Estudo realizado no Município de Botucatu com 365 idosos, verificou que 49% destes, ou seja, 179 idosos, entendem que para se preservar a qualidade de vida na velhice é necessário manter os vínculos familiares, contribuindo se possível, na educação dos filhos e netos, bem como solidificando sua rede de suporte social na senectude¹⁰⁵.

7.4 Saúde física e mental: condição imprescindível para o envelhecimento com qualidade

No decorrer do processo de envelhecimento ocorrem alterações funcionais nos sistemas orgânicos, determinadas geneticamente e influenciadas pelo contexto social, ambiental e de saúde, as quais podem comprometer a capacidade funcional e psicológica aumentando a vulnerabilidade do ser que envelhece. Este entendimento fica evidenciado nas seguintes falas:

Nós não temos quem nos apóie, o idoso está muito excluído, uns tem diabetes, tem pressão alta, tem outras doenças, e não recebem ajuda, o dinheiro que ganhamos, muitas vezes nem dá para o remédio, aí como vamos fazer? Ter acesso à saúde é indispensável para a qualidade de vida na velhice. E2

Receber um melhor atendimento, se tivéssemos mais acesso à saúde, às vezes vamos no posto para marcar consulta e marcam para sermos atendidos na semana que vem, os exames só daqui a um mês, então tudo isso prejudica a saúde, se for algo mais grave ficamos sem assistência e podemos até morrer. É preciso ter mais agilidade neste setor de saúde. E4

O acesso à saúde é reconhecido, pelas participantes, como fator determinante para se envelhecer com qualidade de vida. A lei 8.080/90 conhecida como Lei Orgânica de Saúde¹⁰⁶ que refere sobre a organização dos serviços e de como garantir os direitos assegurados na carta magna¹⁰⁷, em seu Art. 2º afirma que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. E no Art. 3º aponta para fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre eles cita a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; enfatizando que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País¹⁰⁶.

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta como porta de entrada no sistema a Atenção Básica à Saúde (ABS), nível em que aproximadamente 80% das necessidades de saúde de uma comunidade adstrita devem ser abordadas de maneira resolutiva. Neste nível, o Programa Saúde da Família (PSF) ocupou destacado papel nos últimos anos como estratégia indutora de equidade¹⁰⁸. O cuidado aos idosos implica ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações que proporções relevantes de idosos apresentam. O Estatuto do Idoso, lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, prescreve diretrizes para o cuidado, com objetivos de prevenção e manutenção da saúde deste grupo populacional. A política nacional de saúde do idoso¹⁰⁹ tem como principal objetivo à promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional

dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde. Fato importante e preocupante constatado pelos sujeitos do estudo no que diz respeito ao gasto com remédios e saúde. O que se opõe ao estabelecido no estatuto do idoso, que atribui ao Poder Público, a incumbência de fornecer ao idoso, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, bem como tratamento, habilitação ou reabilitação⁹⁵. No entanto, o que emerge das falas é uma realidade diferente da descrita no estatuto do idoso e do SUS.

Para que se possa cuidar do idoso é preciso adentrar no mundo deles, isto é, estar atento as suas reais necessidades e desenvolver habilidades e sensibilidade observando os espaços onde o idoso se faz presente promovendo ações oportunas para a manutenção de sua qualidade de vida. Envelhecer é direito do cidadão, envelhecer dignamente, um dever da sociedade¹¹⁰.

As políticas de saúde são necessárias, mas para as pessoas terem saúde na velhice e as sociedades diminuïrem o peso e o custo do cuidado daqueles cronicamente doentes, é necessário adotar uma perspectiva de curso de vida, isto é, começar com as crianças de hoje, os jovens e aqueles que estão chegando à idade adulta.

Além da necessidade de políticas públicas de saúde que contemple as peculiaridades dos idosos, as participantes do estudo, têm convicção de que um envelhecimento satisfatório também está relacionado à responsabilidade em assumir um comportamento e hábitos saudáveis em prol da vida e da continuidade desta. Este entendimento é expresso através das seguintes falas:

Se alimentar corretamente, não ficar sem fazer exercícios físicos, não ser sedentário, não usar medicação sem controle médico e principalmente não se automedicar. E5

Cultivar a saúde, tanto física como emocional, se tem uma doença, se cuidar, tomar a medicação, cuidar na alimentação, sair, passear, se divertir E6

Ter uma boa alimentação, procurar fazer algum tipo de exercício físico, nem que seja uma caminhada, fazer um crochê, tricô, isso tira as pessoas da tristeza, tem que desenvolver alguma habilidade e realizar alguma coisa que dê prazer, alegria, não dá para ficar parada! E7

Tem muita coisa que contribui: a saúde, o bem estar, o lazer, é muito importante, cada idoso tem um lazer a sua maneira, uns gostam de dançar, outros de rezar, outros de sair, outros jogar baralho, bocha, isso é bem variado e precisa ser respeitado. E10

Para ajudar as pessoas a conservar sua saúde e prevenir a doença, é preciso não somente ajudá-las a identificar os perigos, como também levá-las a definir sua própria concepção de saúde e doença. Assim, elas terão condições de fazer suas escolhas de maneira consciente, sabendo as implicações que estas acarretarão em sua vida. É, na verdade, construir um processo educativo libertador que não impõe, mas orienta e estimula o autocuidado, capaz de oferecer novos rumos ao ser humano. Existem parâmetros sócio-ambientais que interferem na qualidade de vida, são eles: moradia, transporte, segurança, assistência médica, remuneração adequada, educação, opção de lazer, meio-ambiente e parâmetros individuais, tais como: hereditariedade e o estilo de vida assumido durante a vida: hábitos alimentares, controle do stress, atividade física habitual, manutenção dos relacionamentos e o comportamento preventivo¹¹¹.

Os idosos, ao assumirem determinados comportamentos e atitudes, estão direcionando seu processo de viver-envelhecer que poderá ser mais ou menos saudável.

Algumas falas demonstram está consciência e estão descritas a seguir:

Conhecer o nosso potencial, nossa capacidade, porque a pessoa sempre tem capacidade até à hora de morrer. Procurar aprender coisas novas, ver o sol, ver o vento, ver a chuva, ver a vida acontecendo, ter vontade de viver e de se renovar a cada dia. E3

Ter metas para atingir, isto estimula a pessoa a viver, reconhecer seu potencial e a sabedoria que conquistou durante estes anos de vida. E6

É preciso ir em busca daquilo que a gente acredita e que nos faz feliz, temos que lutar por aquilo que queremos, porque nada vai cair do céu. Isso tem que partir da vontade da gente, de viver, de ser alguma coisa ainda, no meu entendimento a pessoa tem que conquistar aquilo que ela quer é ter sabedoria para viver. E12

A habilidade pessoal de se envolver, de encontrar significado para a vida, influencia de modo positivo às transformações biológicas e de saúde que ocorrem na velhice. Assim, o envelhecimento é decisivamente afetado pelo estado de espírito e ânimo do indivíduo, muito embora dele não dependa para se processar. O idoso necessita estar engajado em atividades que o façam sentir-se útil. Mesmo quando possui boas condições financeiras, o idoso deve estar envolvido com ocupações que lhe proporcionem prazer e felicidade. “Viver-envelhecer com qualidade significa tanto estar aberto para novas experiências como valorizar e aproveitar as experiências adquiridas ao longo desse processo é refletir-agir sobre a vida e o modo como se vive, pois a forma como se vive o presente e o sentido que se dá a ele determina o envelhecer futuro”³. As ações constituem necessidades básicas de todo ser humano podendo através delas criar, descobrir, aprender, ser, realizar e transformar seu meio e seu mundo, construindo, assim, a sua própria história¹¹².

O seminário europeu sobre “A Formação em Gerontologia Social – uma exigência para a qualidade” destacou a existência de conhecimento, sabedoria e experiência que comumente acompanha a idade avançada, ainda refletiu sobre a importância de a sociedade saber valorizar as inestimáveis qualidades das pessoas idosas e de seu saber interior¹¹³.

7.5 Liberdade de gerenciar a própria vida

Ter liberdade para gerenciar a própria vida significa estar apto para tomar suas próprias decisões. Portanto, a autonomia, entendida como respeito à pessoa, é condição para um processo de envelhecimento mais prazeroso e significativo. Tal entendimento é descrito pelos idosos como se constata nas falas a seguir:

Para mim o respeito ao idoso é fundamental, mas junto tem que vir a liberdade de poder ser você mesma, de fazer e agir como acha melhor. E1

Ter liberdade de escolha, para fazer o que acha melhor, saber se quer ou não quer fazer isso ou aquilo, poder ter opinião própria e defender seu pensamento E6

Agora é o momento de escolhermos o que queremos fazer, que não seja uma obrigação ficar responsável em cuidar uma casa, cuidar um neto, fazer isso se quiser, se desejar colaborar. E7

Enquanto a pessoa tem condições de administrar o seu dinheiro, a sua vida, tem que deixar ela fazer, só ajudar quando ela não tiver mais condições de saber o que fazer (...) a autonomia e independência do idoso deve ser estimulada. E7

A postura de respeito que o ser humano deve ter consigo mesmo e com os demais é um elemento balizador para o envelhecimento com qualidade de vida e alicerce do princípio da autonomia. Acredita-se que a qualidade de vida do idoso esta amplamente associada ao grau de autonomia que ele usufrui. Diante deste entendimento, fica evidente a necessidade de se (re)pensar o direcionamento que a sociedade está assumindo.

Destaca-se como imprescindível o reconhecimento de que o fato de ser velho não impede o indivíduo de exercer plenamente seu arbítrio, alicerçado em seus princípios e valores, elementos respeitáveis neste processo. No entender de Piaget⁴⁰ ser autônomo

significa estar apto a cooperativamente construir o sistema de regras morais e operatórias necessárias à manutenção de relações permeadas pelo respeito mútuo.

Na concepção de Kamii⁴¹ a autonomia significa que o indivíduo é capaz de tomar decisões por ele mesmo, sendo governado por si próprio, ou seja, significa ter capacidade de considerar os fatores relevantes para decidir qual deve ser o melhor caminho da ação. Porém, esta decisão deve levar em consideração a perspectiva do ponto de vista de outras pessoas, pois, não pode haver moralidade quando se leva em conta apenas o seu próprio ponto de vista.

A autonomia na obra de Kant¹¹⁴ vincula-se a idéia de autodeterminação. Esta, por sua vez, possui estreita relação com a liberdade que a pressupõe e embasa a moralidade na vontade. Sendo que somente os seres racionais têm determinada vontade e a vontade de um ser racional não pode ser vontade própria senão sob a idéia de liberdade. Goldim^{115, 116} amplia o significado de autonomia ao entender que o Princípio da Autonomia não pode mais ser entendido apenas como sendo a autodeterminação de um indivíduo, esta é apenas uma de suas várias possíveis leituras. A inclusão do outro na questão da autonomia trouxe, desde o pensamento de Kant¹¹⁴, uma nova perspectiva que alia a ação individual com o componente social. É desta perspectiva que surge a responsabilidade pelo respeito à pessoa, que talvez seja a melhor denominação para este princípio.

Pode-se garantir a autonomia do idoso de diversas maneiras, como por exemplo, oportunizando a decisão de escolher a roupa que deseja vestir, que alimentos vai optar para se nutrir, que locais deseja ir para passear, entre muitos outros itens. O importante é reconhecer as capacidades e potencialidades presentes no idoso, estimulando-o a viver desfrutando de seus direitos enquanto cidadão, mantendo seu espaço físico e existencial.

Freire¹¹⁷ afirma: o respeito pela autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros.

7.6 Espiritualidade: outro construto essencial para a qualidade de vida

A espiritualidade é uma característica exclusiva dos seres humanos, portanto estes são criaturas espirituais, criam símbolos e sonhos e neste processo de transcendência buscam um sentido para a vida, algo maior que a torne uma experiência ilimitada. No envelhecimento ela se manifesta de modo mais evidente como é possível se observar nos discursos a seguir:

A fé em Deus, porque pra mim Deus é o único que está em todos os lugares porque ele é o criador, o nosso Pai, ele nos ouve e nos cuida em todos os momentos da vida. E7

Participar do grupo de orações, ter fé, isto contribui no envelhecimento com qualidade de vida e nos ajuda a superar os momentos difíceis. E9

Ter uma harmonia com Deus em primeiro lugar, porque ele é a fonte de nossa segurança, e é com ele que um dia vamos estar. E11

As idosas reconhecem que a fé em um Ser Superior é uma dimensão do envelhecimento com qualidade de vida. Vêm na espiritualidade a segurança para o seu processo vivencial. A visão que tem de Deus é de um Ser onipresente, onipotente e onisciente, capaz de atendê-las sempre que necessitarem. O bem-estar espiritual ainda representa para as idosas um fator de proteção quando acometidos por alguma adversidade.

Assim, a existência humana se reveste de sentido em toda sua extensão à medida que acredita ser o homem fruto da criação de um Ser Superior, amoroso e cuidadoso, de

quem provém toda a sua segurança. A Ele são atribuídos sua força e seu sentido de existir; como ser existencial, acreditam numa eternidade. Diante dessas evidências, a fé é um instrumento que fortalece estas idosas e as capacita no sentido de apoio, conforto e esperança, sendo entendida como uma necessidade básica que as impulsiona na trajetória de suas vidas. A importância da espiritualidade para superar os momentos de dificuldade, as perdas do envelhecer e a proximidade da morte são fundamentais, o homem que se alicerça na fé, sabe no seu interior, que no mistério da vida encontra-se a transcendência pressentida, mas nunca explicada do milagre da morte¹¹⁸.

7.7 A necessidade de políticas governamentais

As políticas públicas precisam articular a questão biológica do envelhecimento a questões sociais, culturais e as exigências da transformação econômica, visto que os idosos como um coletivo social, tornam-se muito mais ameaçados do que a velhice como um fenômeno biológico. As políticas sociais direcionadas à população idosa não atendem à demanda real, tendo em vista a ilegitimidade de suas concepções. Tais sentimentos foram descritos pelos participantes deste estudo, como se observa nas falas a seguir:

Que nós, os idosos, sejamos vistos pelos dirigentes, que vejam as nossas reais necessidades, que nos olhem com outros olhos, porque somos seres humanos e não apenas um amontoado de votos. E7

O setor governamental tem uma responsabilidade muito grande com os idosos, criar e manter políticas públicas como o estatuto do idoso, pois o idoso está no esquecimento, precisa de mais respeito, de outras ações que nos beneficiem E9

É necessário que se tenha uma política que olhe mais pra terceira idade, porque trabalhamos uma vida toda pra no final termos uma boa aposentadoria e quando mais precisamos, não temos, temos que enfrentar

uma fila do SUS com dor, às vezes já enfraquecidos. É na velhice que mais precisamos de médico, de remédio, de um calçado mais confortável, de óculos, de um local adequado para sairmos e nos divertir. Aí como se falar em qualidade de vida se não se tem nada disto? E11

Que vejam o significado de cada cabelinho branco que temos, porque fizemos muitas coisas até alcançar esta idade. Devemos ser mais valorizados como ser humano, ter mais direitos garantidos, nunca precisar ficar em uma fila para receber atendimento médico, ter locais apropriados para lazer, poder sair de casa e ter segurança, que não vamos ser assaltado. E12

Os discursos desvelam que existe urgência em se voltar à atenção para as reais necessidades dos idosos. Alguns esforços têm sido feitos, mas infelizmente muitos infrutíferos. É preciso reconhecer que os idosos são únicos, como é cada ser humano, com necessidades específicas, talentos e capacidades individuais que precisam ser respeitadas e valorizadas e não um grupo homogêneo por causa da idade.

Apesar da criação de novas leis de amparo a velhice, que evidenciam uma preocupação com esta crescente faixa etária, pouco tem sido feito para viabilizar o exercício dos direitos assegurados por estas leis. Ainda é muito parca a atuação governamental efetiva, voltada para este segmento da população. Sabe-se que até mesmo as iniciativas de caráter privado estão mais direcionadas para o assistencialismo, conduzindo a uma tendência de afastar os idosos de realizar atividades promotoras de autonomia favorecendo assim o seu isolamento da sociedade a qual pertence.

Na última Assembléia Mundial sobre o envelhecimento humano, realizada pela Organização das Nações Unidas em Madrid¹¹⁹, de 8 a 12 de abril de 2002, que teve como tema “uma sociedade para todas as idades”, foram definidas as diretrizes que servirão de guia estratégico para orientar as políticas públicas relativas à população idosa. O plano de ação aponta para três prioridades a serem implantadas em âmbito mundial, são elas: 1 a necessidade de as sociedades ajustarem suas políticas e instituições para que a crescente

população idosa seja uma força produtiva em benefício da sociedade. 2 a promoção da saúde e do bem-estar para todo o ciclo da vida. 3 a criação de contextos propícios e favoráveis que promovam políticas orientadas para a família e comunidade como base para um envelhecimento seguro⁷¹. As propostas resultantes deste evento se baseiam em uma nova idéia de velhice, construída em torno do conceito de envelhecimento produtivo. O secretário Mundial da ONU – Kofi Annan em seu pronunciamento em comemoração ao dia Internacional do idoso em 01 de outubro de 2006 faz um apelo a todas as comunidades para que trabalhem em prol de políticas e programas suscetíveis para permitir que as pessoas idosas vivam em ambientes que melhorem as suas capacidades e promovam sua independência, proporcionando um envelhecimento qualificado.

8 CONCLUSÕES

Envelhecer é um processo natural do crescimento do ser humano, é dinâmico e heterogêneo, que faz parte de todas as etapas da vida e que se inicia com a concepção e encerra com a morte, e a velhice é parte desse processo. Nesse sentido, é importante se levar em consideração as várias dimensões da vida do indivíduo, que estão intimamente ligadas a um conjunto de valores, princípios, regras e experiências passadas que o norteiam. Tais valores e experiências contribuem para a construção da personalidade de cada indivíduo e, também assume um grau de dependência do momento sócio-cultural e histórico da sociedade. Por isso, talvez, os resultados obtidos nessa amostra de idosos tenha mostrado diferenças significativas, principalmente em relação ao sexo e ao nível escolar.

Ao se avaliar as seis facetas da qualidade de vida em idosos utilizando-se o instrumento WHOQOL-OLD, foi possível observar, que existe uma correlação com os fatores, descritos pelos idosos, nas entrevistas com as questões norteadoras, como contribuintes para a qualidade de vida no envelhecimento, no domínio *autonomia*, que envolve a liberdade de tomar suas próprias decisões, de sentir que controla seu futuro, de conseguir fazer as coisas que gostaria de fazer ou acreditar que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade, surgiu, após a análise e organização dos dados, o construto **liberdade de gerenciar a própria vida**.

O domínio *participação social*, que demonstra a satisfação pessoal com as atividades diárias, com o uso do tempo, com o nível pessoal de atividade e com as oportunidades de participar nas atividades da comunidade, desponta o construto **relacionamentos como mediações sociais importantes**, uma vez que os idosos valorizam de modo singular a convivência grupal e a manutenção dos relacionamentos.

Já no domínio *morte e morrer*, que avalia o medo de morrer, a maneira pela qual irá morrer, o medo de não poder controlar a sua morte e de sofrer antes de morrer, os idosos não verbalizam isto nas entrevistas, o que pode ser entendido como negação desta etapa de vida. Apenas fazem referência à importância de se ter fé, de acreditar em Deus, pois Ele é a única fonte de segurança, segurança esta que pode ser entendida como a esperança de vida após a morte.

O domínio *relacionamento íntimo*, que envolve o sentimento de companheirismo na vida, de sentir amor, de ter oportunidades para amar e ser amado, obteve um escore, se pode relacionar com o construto **família: elemento fundamental na qualidade de vida do idoso**.

Ainda, ao se avaliar a correlação entre os domínios do WHOQOL-OLD e o da capacidade psicológica-moral, observou-se que a autonomia é um dos determinantes para uma boa qualidade de vida e um dos pressupostos básicos para a tomada de decisão vinculada ao melhor interesse do idoso. Interessante verificar que este mesmo entendimento foi verbalizado nas entrevistas pelas idosas coordenadoras dos grupos e possibilitou a construção de uma categoria: **liberdade de gerenciar a própria vida**.

Os resultados mostram que os idosos, deste estudo, tiveram uma avaliação positiva de suas qualidades de vida, uma vez que independente do sexo e da escolaridade, os escores do WHOQOL-OLD obtiveram resultados que variaram de 66,3 \pm 13,3 a 72,0 \pm 10,6, onde o parâmetro, para este instrumento, pode variar de 0 a 100.

O desenvolvimento psicológico-moral dos idosos estudados, que permitiu caracterizar se a pessoa está apta para a tomada de decisão no seu melhor interesse, demonstrou que os idosos estudados encontram-se na fase conformista, que é caracterizada

pelo fato das crenças do indivíduo se sobreporem aos seus próprios desejos e justificam as contingências impostas pelo meio.

Foi possível identificar alguns fatores que contribuem para o envelhecimento saudável, tais como: Receber uma aposentadoria adequada; manter as amizades e os bons relacionamentos; receber apoio da família; ter saúde; receber afeto, carinho e amor; ser respeitado e valorizado; ter autonomia e ser independente; poder sair, se divertir e passear; participar dos grupos de terceira idade; ter uma alimentação adequada; ter fé em Deus; realizar atividade física, não ser sedentário; ter políticas públicas adequadas aos idosos; ser bem aceito na sociedade; ter moradia própria; aprender coisas novas; não usar medicação sem controle médico.

Para os idosos estudados, envelhecer com qualidade de vida significa poder desfrutar dos fatores que contribuem para o envelhecimento saudável. Assim, eles entendem que estes são elementos que promovem uma velhice com qualidade de vida.

Finalmente, os idosos de Erechim/RS que participam de grupos de terceira idade tem capacidade para tomar decisão no seu melhor interesse, em sua grande maioria, e tem uma qualidade de vida, de certo modo, satisfatória. O fato de todos serem participantes de grupos de convivência para a terceira idade é um dado relevante, pois o caráter emancipatório das práticas vivenciadas em grupo influencia na qualidade de vida. No entanto, tem plena consciência de que muitos fatores, hoje inexistentes, contribuiriam de modo singular, para uma melhor qualidade de vida na velhice.

REFERÊNCIAS

- 1 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo Demográfico 2000 [citado 2006 ago 18]. Disponível em:
<http://www.ibge.net/home/estatística/população/censo2000>.
- 2 Pavarini SCI, Mendiondo MSZ de, Barham EJ, Varoto VAG, Filizola CLA. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? *Texto Contexto Enferm*. 2005 jul-set; 14(3): 398-402.
- 3 Scortegagna HM. A educação gerontológica aplicada a escolares: o olhar da enfermeira. In: Pasqualotti A; Portella MR; Bettinelli LA (org.) *Envelhecimento humano: desafios e perspectivas*. Passo Fundo: UPF; 2004. p. 46-72.
- 4 Neri AL. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: Neri AL, (org.) *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papyrus; 2001. p.161-200.
- 5 Paschoal SMP. Qualidade de vida. In: Jacob Filho, W; Amaral, JRG (ed.) *Avaliação global do idoso: manual da Liga do Gamia*. São Paulo: Atheneu; 2005 p.59-77.
- 6 Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP; 2001.
- 7 Fleck MP, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et. al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Rev ABP/APAL*. 1999; 21:19-28.
- 8 Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon, V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality of life Whoqol-Bref. *Rev Saúde Pública*. 2000 apr; 34(2):178-83.
- 9 Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP; 2005.
- 10 Chachamovich E. Qualidade de vida em idosos desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma população idosa brasileira [dissertação]. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas/ UFRGS; 2005.
- 11 Moraes JFD. Fatores determinantes do envelhecimento bem-sucedido do idoso socialmente ativo da região metropolitana de Porto Alegre [tese]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia/ PUCRS; 2004. 137p.

- 12 Papaléo Netto M, Ponte JR. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2005. p.3-12.
- 13 Jeckel-Neto EA Tornar-se velho ou ganhar idade: o envelhecimento biológico revisitado. In: Neri, AL (org.) Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus; 2001. p.39-52.
- 14 Portella MR. Grupos de terceira idade: a construção da utopia do envelhecer saudável. Passo Fundo: UPF; 2004.
- 15 Parente MAMP. Envelhecimento: um processo adaptativo multifatorial. In: Parente, MAMP (org.) Cognição e envelhecimento. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.17-8.
- 16 Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 105p.
- 17 ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.
- 18 Boutique NC, Santos RLA. Aspectos socioeconômicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2005. p.82-91.
- 19 Néri AL. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: Duarte, YAO; Diogo, MJD (org.) Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 33-46.
- 20 Trentini CM, Xavier FMF, Fleck MP. Qualidade de vida em idosos. In: Parente, MAMP (org.) Cognição e envelhecimento. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.19-29.
- 21 Freitas, EV de. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: Py L, Pacheco JL, Sá JLM de, Goldman SN (orgs.) Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. 2.ed. Holambra (SP): Setembro; 2006. p.15-38.
- 22 Terra NL, Cunha RS. Geriatria preventiva e qualidade de vida. In: Terra NL. Envelhecendo com qualidade de vida: programa Geron da PUCRS. 2ª reimpressão. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002. p.89-96.
- 23 Gusmão NMM. A maturidade e a velhice: um olhar antropológico. In: Neri AL (org.) Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus; 2001. p.113- 40.
- 24 Baggio A, Vieira PS. Terceira idade sob o paradigma da corporeidade. In: Both A, Barbosa MHS, Benincá CRS (org.) Envelhecimento humano: múltiplos olhares. Passo Fundo: UPF; 2003. p.11-23.

- 25 WHO (World Health Organization). Active ageing: a policy framework. Madrid: Second United Nations World Assembly on Ageing. 2002 Apr [citado em 2006 Dez 15]. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/publications/active/en/index.html>>.
- 26 Silva MC. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. Textos Envelhecimento, 2005; 8(1):1-10.
- 27 Ministério da Saúde (BR). Estatuto do idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 28 Witmer J., Sweeney T. A holistic model for wellness and prevention over the span. Journal of Counseling & Development. 1992. p.140-8.
- 29 Neri AL (org.) Qualidade de vida e idade madura. 5.ed. Campinas: Papirus; 2003.
- 30 Belasco AGS, Sesso R de CC. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In: Diniz DP, Schor N (coord.) Guia de qualidade de vida. Barueri (SP): Manole; 2006. p. 1-10.
- 31 Diniz DP. Apresentação. In: Diniz, DP; Schor, N (coord.) Guia de qualidade de vida. Barueri (SP): Manole; 2006. p. XIII – XV.
- 32 Leme LEG. A gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2005. p.13-25.
- 33 Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas VE, Py L, Neri AL, Cançada FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 79-84.
- 34 Fleck MPA (coord.) Projeto Desenvolvido no Brasil pelo Grupo de Estudos em Qualidade de Vida. Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL) 1998. [citado em 2006 Nov 13]. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>>
- 35 Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. Rev Saúde Pública. 2006, Out; 40(5):785-91.
- 36 Chachamovich E, Trentini C, Fleck MP, Schmidt S, Power M. Desenvolvimento do instrument WHOQOL-OLD. In: Fleck MP e col. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.102-11.
- 37 Knorst MR, Silva MPM, Mantelli C, Bós AJG. Qualidade de vida do idoso. In: Terra NL. Envelhecendo com qualidade de vida: programa Geron da PUCRS. 2ª reimpressão. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002. p. 29-32.
- 38 Neri AL (org.) Palavras chaves em Gerontologia. 2.ed. Campinas: Alínea; 2005.

- 39 Goldim JR. O consentimento informado e a adequação de seu uso na pesquisa em seres humanos. [tese]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica/UFRGS; 1999. 119p.
- 40 Piaget J. Le jugement moral che l'enfant. Paris: PUF; 1973:7.
- 41 Kamii C. A criança e o número: implicação educacionalista da teoria de Piaget para a atuação junto a escolares de 4 a 6 anos. Campinas (SP): Papirus; 1991.
- 42 Thomas L. Morality and Psychological development. In: Singer P. A Companion to ethics. Oxford (UK): Blackwell, 1993. p. 465-67.
- 43 Loevinger J. The meaning and the measurement of ego development. The American Psychologist. 1966;21(3).
- 44 Carmona J, Pedrazani AA, Santos S, Santos M, Goldim JR. Validação de um instrumento para avaliar autonomia: alterações de forma. Revista HCPA. 1996;16(2):128.
- 45 Santos M, Eccel C, Menezes C, Goldim JR. Componente de consentimento: validação temporal de um instrumento para avaliar autonomia. Revista HCPA. 1996;16(2):129.
- 46 Souza ELP. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. Boletim da SPRGS. 1968;3(7):5-16.
- 47 Biagio AMB. Introdução à teoria de julgamento moral de Kohlberg. In: Nunes MLT. Moral e TV. Porto Alegre: Evangraf; 1998. p. 29-63.
- 48 White BC. Competence to consent. Washington: GUP; 1994.
- 49 Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1995.
- 50 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 Ltda; 1977.
- 51 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196/96: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 52 Clotet J, Goldim JR (org.), Franciscone CF. Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2000.
- 53 Farenzema WP. Qualidade de vida em grupo de idosos de Veranópolis-RS. [dissertação]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007. 68p.
- 54 Mastroeni MF, Erzinger GS, Mastroeni SSS, Silva NN da, Marucci MFN. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: Estudo de base domiciliar. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo. 2007;10(02):190-201.

- 55 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 05 maio. 2008.
- 56 Herédia VBM, Casara MB, Cortelletti IA, Ramalho MH, Sassi A, Borges MN. A realidade do idoso institucionalizado. *Textos e Envelhecimento*. Rio de Janeiro. 2004; 7(02): 25- 34.
- 57 Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatria RS*. 2006 Jan/abr; 28(1):27-38.
- 58 Timm LA. Qualidade de vida no idoso e sua relação com o Locus de Controle. [dissertação]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006. 58p.
- 59 Meguro K, Shimada M, Yamaguchi S, Ishii H, Shimada Y, Sato M, Yamadori A, Sekita Y. Cognitive function and frontal lobe atrophy in normal elderly adults: Implications for dementia not as aging-related disorder and the reserve hypothesis. *Psychiatric Clinic Neuroscience* 2001; 55(6):565-72.
- 60 IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio. Disponível:<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencianoticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso:abril 2008.
- 61 Paskulin, LM; Vianna, LA. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública*, 2007;41(5):757-68.
- 62 Herrera, E; Caramelli, P; Nitrini, R. Estudo epidemiológico de demência na cidade de Catanduva – Estado de São Paulo – Brasil. *J Psiqu Clin*, 1998; 25:70-73.
- 63 Callahan, CM; Hall, KS; Hiu, SL et al. Relationship of age, education, and occupation with dementia among community-based sample of african americans. *Arch Neurol*, 1996; 53:134-140.
- 64 Robinson, JG; Molzahn, AE. Sexuality and quality of life. *J Gerontol Nurs*. 2007;33(3):19-27.
- 65 Paskulin, LM; Molzahn, A. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *West J Nurs Res*. 2007;29(1):10-26.
- 66 Alves, AM. Fazendo antropologia no baile: uma discussão sob observação participante. In: Velho, G; Kushnir, K. *Pesquisas Urbanas: Desafios do trabalho antropológico*. Rio de Janeiro – RJ: Editora Jorge Zahar. 2003. p.174-190.
- 67 Cachioni, M. *Quem Educa os Idosos*. Campinas: Ed. Alínea; 2003.

- 68 Fraquelli, AA. A relação entre auto-estima, auto-imagem e qualidade de vida em idosos participantes de uma oficina de inclusão digital. [dissertação]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia/PUCRS; 2008. 105p.
- 69 Jóia, LC; Ruiz, T; Donalísio, MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Rev. Saúde Pública. São Paulo. 2007; 41(1).Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acessado em: 06 maio 2008.
- 70 Doll, J. Finitude: algumas reflexes. In: Castro, OP (org.) Envelhecer revisitando o corpo. Sapucaia do Sul: Notadez, 2004. p.115-122.
- 71 Pessini, L. Envelhecimento e dignidade humana: ame o(a) idoso(a) que você é ou está nascendo em você! In: Pasqualotti, A; Portella, MR; Bettinelli, LA (org.) Envelhecimento humano: desafios e perspectivas. Passo Fundo: UPF; 2004. p. 311-24.
- 72 Tijmstra, TJ; Kempen, GI; Ormel, J. End of life and termination of life: opinions of elderly persons with health problems. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 13;141(50):2444-8.
- 73 Byock, I. Dying Well: The Prospect for Growth at the End of Life. Putnam/Riverhead. 1997.
- 74 Kastenbaum, R; Aisenberg, R. The Psychology of Death. New York: Springer. 1972. Tradução Brasileira: Psicologia da morte. Ed. Univ. São Paulo: Novos Ubrais, 1983.
- 75 Rasmussen, C; Brems, C. The relationship of death anxiety with age and psychological maturity. Journal of Psychology.1996;130 (2):141-4.
- 76 Templer, D; Ruff, C; Franks, C. Death anxiety: age, sex and parental resemblances in diverse population. Developmental Psychology 1971; p.104-8.
- 77 Barros, J. Ansiedade face à morte: uma abordagem diferencial. Psychological 2002; 31:161-176.
- 78 Schumaker, J et al. Death anxiety in Japan and Australia. Journal of Social Psychology 1991; 131 (4): 511-8.
- 79 IDOSOS no Brasil: vivências, desafios e expectativas na 3ª idade. http://www2.fpa.org.br/portal/uploads/1_perfil_sociodemografico_idosos_brasileiros.pdf.
- 80 Rocha, NS da; Panzini, RG; Pargendler, JS; Fleck, MP. Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. In: Fleck, MP e col. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.94-101.
- 81 Panzini, RG; Rocha, NS da; Bandeira, D; Fleck, MP. Espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida. In: Fleck, MP e col. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.178-96.

- 82 Loevinger J, Wessler R. Measuring ego development. San Francisco: Jossey-Bass; 1970.
- 83 Rousseau J J. *Émile*. New York: Dutton, 1966:321.
- 84 Walker LJ. Sex differences in the development of moral judgment: a critical review. *Child Development* 1982. 55: 667-691.
- 85 Gilligan C. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1982.
- 86 Habermas J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1989. (Original publicado em 1983).
- 87 Dias AA. Moral education and autonomy in children's education: what thinks the teachers. *Psicol Reflex Crit*. 2005;18(3):1-15.
- 88 Chauí M. *Convite à Filosofia*. São Paulo: Ática; 1994.
- 89 Loevinger J. *Ego development*. 4.ed. São Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1982.
- 90 Raymundo MM. *Avaliação da diversidade no processo de obtenção da autorização por representação em situações assistenciais e de pesquisa em crianças e idosos [Tese]*. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação de Ciências em Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. 79p.
- 91 Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Qual Life Res*. 2004; 13(1):125-36.
- 92 Sherbourne CD, Meredith LS, Rogers W, Ware JE Jr. Social support and stressful life events: age differences in their effects on health related quality of life among chronically ill. *Qual Life Res*. 1992; 1(4):235-46.
- 93 Cachioni M. *Envelhecimento bem-sucedido e participação numa Universidade para a Terceira idade: a experiência dos alunos da Universidade São Francisco*. [Dissertação] Mestrado em Educação na Área de Psicologia Educacional. Campinas SP, 1998. 122p.
- 94 Organización Mundial De La Salud. *Envejecimiento activo un marco político*. Madrid, 2002.
- 95 Brasil. *Estatuto do Idoso*. Lei nº 10.741 de 10 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2003.
- 96 Capitanini MES, Neri AL. Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas. In: Neri AL, Yassuda MS (org.) Cachioni M (col.) *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. 2 ed. Campinas, SP: Papyrus; 2004. p.71-91.

97 Both A, Pasqualotti A, Santos GA, Passerino LM, Pasqualotti PR, Both TL. Em busca dos significados da depressão e da comunicação em idosos. In: Portella MR, Pasqualotti A, Gaglietti M. Envelhecimento humano: saberes e fazeres. Passo Fundo: Universitária; 2006. p.63-76.

98 Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Prette ZC, Prette AD. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relações com habilidades sociais. *Psicologia: reflexão crítica*. 2007; 20(2): 229-37.

99 Santos V dos, Portella MR. As práticas educativas de promoção da saúde e da cidadania do idoso e seu caráter emancipatório. In: Santin JR, Vieira OS, Tourino Filho H. Envelhecimento humano: saúde e dignidade. Passo Fundo: Universitária, 2005. p.37-50.

100 Portella MR, Dalbosco J. Recursos humanos para a atuação em gerontologia: uma experiência pedagógica implementada na formação de técnicos de enfermagem. In: Pasqualotti A, Portella MR, Bettinelli LA. Envelhecimento humano: desafios e perspectivas. Passo Fundo: Universitária; 2004. p.36-45.

101 Zimerman GI. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

102 Victor JF, Vasconcelos FF de, Araújo AR de, Ximenes LB, Araújo TL de. Grupo feliz idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Rev. Esc. Enferm. USP – São Paulo*. Dez, 2007; 41(4):724-30.

103 Silva DGV, Francioni FF, Natividade SL, Azevedo M, Andoval RCB, Di' Lourenzo VM. Grupos como possibilidade de desenvolver educação em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2003; 12(1):97-103.

104 Kahn RL, Antonucci TC. Convoys over the life course: attachment, roles and social support. In: Baltes PB, Brim OG. (eds.). *Life-span development and behaviour*. New York: Academic Press. 1980; 3:253-83.

105 Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JR. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2005; 8(3): 246-52.

106 Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 182, p. 18055-18059, Seção 1*.

107 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

108 Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro. Set, 2006; 11(3): 657-667.

- 109 Brasil. Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pela Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 237-E, p. 20-24, 13 dez. Seção 1.
- 110 Paz SF. Movimentos sociais: participação dos idosos. In: Py L, Pacheco JL, Sá JLM de, Goldman SN. Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. 2ed. Holambra: Setembro; 2006. p.197-215.
- 111 Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3.ed. Londrina: Midiograf; 2003.
- 112 Ferrari MAC. Ocupando o tempo livre. In: Duarte, YAO. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 461-465.
- 113 Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal. Construir uma sociedade para todas as idades. Lisboa: Cooperativa do Ensino Superior Intervenção Social; 2002. Disponível em: www.onuportugal.pt. Acesso em: 29 fev.2008.
- 114 Kant I. Fundamentos da metafísica dos costumes. Rio de Janeiro: Ediouro; s/d70.
- 115 Goldim JR Princípio do respeito à pessoa ou autonomia. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm#Kesselring>, 2007. Acesso em: 07 mar 2008.
- 116 Goldim JR. Núcleo Interinstitucional de Bioética. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br>>. Acesso em 30 mar 2008.
- 117 Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 34.ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
- 118 Monteiro DMR. Espiritualidade e envelhecimento. In: Py L, Pacheco JL, Sá JLM de, Goldman SN (org.) Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. 2.ed. Holambra (SP): Setembro; 2006 p.139-60.
- 119 Centro Regional de Informações das Nações. Mensagem do Secretário-Geral da ONU, 2006. Disponível em: <http://www.nossosaopaulo.com.br/Reg_SP/Barra_Escolha/ONU_PessoasIdosas.htm> Acesso em: 29 fev.2008.

APÊNDICE A

Termo de solicitação para a coleta de dados da pesquisa:

À Associação de Apoio ao Idoso Erechinense

Ilma.sr.

Presidente da Associação de Apoio ao Idoso Erechinense: Luiz Ademir da Rosa

Eu, Kátia Lilian Sedrez Celich, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, sob orientação do Prof. Dr. José Roberto Goldim, venho solicitar a permissão desta instituição para realizar a coleta de dados da pesquisa intitulada: “Qualidade de vida e tomada de decisão de idosos participantes de grupos da terceira idade”, investigação que tem por objetivo geral: avaliar a qualidade de vida e a tomada de decisão de idosos residentes em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, que participam dos grupos de convivência para a terceira idade. Objetivos específicos: 1.verificar a qualidade de vida desses idosos através do instrumento WHOQOL-OLD; 2. avaliar o processo de tomada de decisão; 3. identificar os fatores que contribuem para o envelhecimento com qualidade de vida; 4. conhecer o significado do que seja, para os idosos, envelhecer com qualidade de vida. Requisito básico, para a obtenção do título de Doutora em Gerontologia Biomédica.

Certa de sua compreensão, desde já agradeço, atenciosamente.

Doutoranda Kátia Lilian Sedrez Celich

Erechim, _____, _____, _____.

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1ª Etapa: Todos os idosos

O senhor/A senhora está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: “Qualidade de vida e desenvolvimento psicológico-moral de idosos participantes de grupos da terceira idade”, investigação que tem por objetivo geral: avaliar a qualidade de vida e o desenvolvimento psicológico-moral de idosos residentes na cidade de Erechim/RS, que participam dos grupos de convivência para a terceira idade. Objetivos específicos: 1.verificar a qualidade de vida desses idosos através do instrumento WHOQOL-OLD; que é um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida em idosos, proposto por um grupo de especialistas em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. 2. avaliar o desenvolvimento psicológico-moral; 3. identificar os fatores que contribuem para o envelhecimento com qualidade de vida; 4. conhecer o significado do que seja, para os idosos, envelhecer com qualidade de vida.

Procedimento: Será solicitado ao participante que responda verbalmente os questionários, sendo anotado pelo pesquisador no formulário próprio.

Riscos: Os participantes do estudo não estarão expostos a riscos, a não ser eventual desconforto no momento de responder aos questionamentos.

Benefícios: Espera-se que as informações coletadas, nesse estudo, possam contribuir a medida que torna visível a qualidade de vida e o desenvolvimento psicológico-moral desses idosos e os fatores que contribuem para o processo de envelhecimento com qualidade de vida, bem como os significados desse envelhecimento para eles.

Publicação do estudo: O estudo será publicado na forma de Tese de Doutorado, bem como em artigos e outros meios impressos e orais.

Pelo presente termo de consentimento informado, declaro que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos, riscos e benefícios do presente Projeto de Pesquisa. Fui igualmente informado(a):

- da garantia de receber resposta a qualquer esclarecimento acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- da segurança de que não serei identificado(a) e do caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade.
- o presente documento será composto de duas vias, de igual teor, sendo que uma ficará de posse do pesquisador e outra do participante da pesquisa.

O Pesquisador responsável por este Projeto é o Prof. Dr. José Roberto Goldim, tendo como orientanda à aluna Kátia Lilian Sedrez Celich, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS em __/__/__ Telefone CEP: (51) 33203345 ou contato pelo telefone (54) 3321-4690 ou 9976- 1141 com Kátia.

Data: __/__/__ Nome do participante: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

2ª Etapa: Coordenadores dos GTIs

O senhor/A senhora está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: “Qualidade de vida e desenvolvimento psicológico-moral de idosos participantes de grupos da terceira idade”, investigação que tem por objetivo geral: avaliar a qualidade de vida e o desenvolvimento psicológico-moral de idosos residentes na cidade de Erechim/RS, que participam dos grupos de convivência para a terceira idade. Objetivos específicos: 1. verificar a qualidade de vida desses idosos através do instrumento WHOQOL-OLD; que é um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida em idosos, proposto por um grupo de especialistas em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. 2. avaliar o desenvolvimento psicológico-moral; 3. identificar os fatores que contribuem para o envelhecimento com qualidade de vida; 4. conhecer o significado do que seja, para os idosos, envelhecer com qualidade de vida.

Procedimento: Será realizada uma entrevista com questões norteadoras. Esta entrevista será gravada e transcrita para posterior análise.

Riscos: Os participantes do estudo não estarão expostos a riscos, a não ser eventual desconforto no momento de responder aos questionamentos.

Benefícios: Espera-se contribuir com os conhecimentos sobre a qualidade de vida dos idosos que participam em grupos de convivência e os fatores que contribuem para o processo de envelhecimento com qualidade de vida.

Publicação do estudo: O estudo será publicado na forma de Tese de Doutorado, bem como em artigos e outros meios impressos e orais.

Pelo presente termo de consentimento informado, declaro que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos, riscos e benefícios do presente Projeto de Pesquisa. Fui igualmente informado(a):

- da garantia de receber resposta a qualquer esclarecimento acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- da segurança de que não serei identificado(a) e do caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade.
- o presente documento será composto de duas vias, de igual teor, sendo que uma ficará de posse do pesquisador e outra do participante da pesquisa.

O Pesquisador responsável por este Projeto é o Prof. Dr. José Roberto Goldim, tendo como orientanda à aluna Kátia Lilian Sedrez Celich, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS em __/__/__ Telefone CEP: (51) 3320 3345 ou contato pelo telefone 3321- 4690 ou 9976- 1141com Kátia.

Data: __/__/__

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE D

Questões norteadoras:

1. O que é para você envelhecimento?
2. O que é para você qualidade de vida?
3. Como se pode ter qualidade de vida na velhice?
- 4 .Quais são os fatores que contribuem para que você tenha um envelhecimento com qualidade de vida?
5. Que fatores dificultam este processo?

ANEXO A

Instrumento Desenvolvimento Psicológico-Moral

Nome: _____

Idade: _____ anos Profissão: _____

Sexo: () M () F _____

Data de Preenchimento: ____/____/____

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

Assinale 3 afirmações que correspondam ao seu gosto pessoal:

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO B

Instrumento Desenvolvimento Psicológico-Moral

Assinale 3 afirmações que correspondam ao seu gosto pessoal:

- Poder contar com amigos que me ajudam – **nível 2**
- Realizar um trabalho bem feito – **nível 5**
- Estar numa posição de dar ordens – **nível 3**
- Fazer o que é moralmente certo – **nível 4**
- Não alimentar preconceitos – **nível 6**
- Ser coerente com o que digo e faço – **nível 7**
- Ter amigos protetores – **nível 2**
- Retribuir os favores que me fazem – **nível 4**
- Estar em harmonia comigo mesmo – **nível 7**
- Ter relações influentes – **nível 3**
- Não se deixar influenciar por convenções sociais – **nível 6**
- Ser generoso para com os outros – **nível 5**

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

- Compromissos assumidos – **nível 5**
- Não ser dominado pelos outros – **nível 3**
- Aprimoramento pessoal – **nível 6**
- Desejos sexuais – **nível 2**
- Estar bem trajado – **nível 4**
- Harmonia interior – **nível 7**

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

- Prestígio – **nível 4**
- Coerência – **nível 7**
- Autonomia – **nível 6**
- Autocrítica exagerada – **nível 5**
- Competição – **nível 3**
- Impulsividade – **nível 2**

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

- Medo à vingança – **nível 2**
- Boa reputação – **nível 4**
- Conflito de necessidades – **nível 6**
- Independência – **nível 7**
- Ter um rendimento ótimo – **nível 5**
- Obter vantagens – **nível 3**

Coloca-se em ordem crescente os números de níveis referentes as frases escolhidas. O quinto número (mediana) se refere ao nível de desenvolvimento psicológico moral da pessoa.

ANEXO C

QUESTIONÁRIO WHOQOL-OLD

WHOQOL-OLD

Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

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

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

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

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

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

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

F29.4 O quanto você tem medo de morrer?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!