

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**A QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO E SUA RELAÇÃO
COM O LÓCUS DE CONTROLE**

Dissertação de Mestrado

LUCIANA DE ALMEIDA TIMM
Mestranda

Prof^a. Dr^a. Irani de Lima Argimon
Orientadora

Porto Alegre, dezembro de 2006.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**A QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO E SUA RELAÇÃO
COM O LÓCUS DE CONTROLE**

LUCIANA DE ALMEIDA TIMM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Prof^a. Dr^a. Irani de Lima Argimon
Orientadora

Porto Alegre, dezembro de 2006.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T584q Timm, Luciana de Almeida

A qualidade de vida no idoso e sua relação com o lócus de controle / Luciana de Almeida Timm. – Porto Alegre, 2006.

58 fls.

Diss. (Mestrado em Psicologia) – Fac. de Psicologia, PUCRS.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Irani de Lima Argimon

1. Psicologia. 2. Idosos (Psicologia). 4. Qualidade de Vida. I. Argimon, Irani de Lima.

CDD 155.67

**Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Pinent
CRB 10/1297**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Luciana de Almeida Timm

**A QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO E SUA RELAÇÃO
COM O LÓCUS DE CONTROLE**

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª. Drª. Irani de Lima Argimon
Presidente

Profª. Drª. Clarissa Trentini
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Prof. Dr. Ricardo Wainer
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

*“Dança, vida. Ai de quem não te acompanhar!...
Sonha, sonho. Ai de quem não te aproveitar!”*

(Arthur Andrade; da canção “Recolher”)

Dedico este meu trabalho científico aos meus pais Aníbal e Nancy e ao meu irmão Alexandre, que sempre me apoiaram em todas as minhas decisões, e, em especial, aos dois homens que a vida felizmente me reservou e que amo muito: meu filho Caio e meu marido Luciano.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Irani de Lima Argimon, pelo exemplo de pesquisadora, pelos ensinamentos científicos e principalmente pela afetividade na convivência, pelo apoio e incentivo neste caminho trilhado.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa “Avaliação e Intervenção Psicológica no Ciclo Vital” da PUCRS, pelo convívio e pelos momentos alegres na elaboração dos trabalhos. Em especial, à Roberta Stahler da Silva, Bolsista de Iniciação Científica, pela colaboração, disposição e auxílio no banco de dados, e ao Guilherme Wendt, Bolsista de Iniciação Científica, pela disponibilidade e atenção despendida com tanto entusiasmo nos vários momentos que necessitei. Às colegas Analise de Souza Vivian e Mônica Giareton Bicca, minhas companheiras de Mestrado, pela oportunidade de poder trocar idéias, alegrias e angústias.

Aos meus colegas de Mestrado em Psicologia Clínica, por compartilhar os conhecimentos, as dúvidas e alegrias desta etapa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, às Secretárias e aos Professores da Área Clínica, especialmente à Dr^a. Blanca Werlang e à Dr^a. Maria Lúcia Tiellet Nunes, pelos ensinamentos e trocas.

Aos Professores da Comissão Examinadora, Dr^a. Irani Iracema de Lima Argimon, Dr^a. Clarissa Trentini e Dr. Ricardo Wainer, por terem aceitado o convite para examinarem este estudo.

Aos auxiliares de iniciação científica e colaboradores do grupo de pesquisa, pelo auxílio na coleta de dados e por todas as outras contribuições. À Psicóloga Maisa Rigoni, pela amizade e incentivo na busca deste Mestrado.

À CAPES, por viabilizar financeiramente a realização deste estudo.

À Prefeitura Municipal de Veranópolis e ao programa coordenado pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS na cidade de Veranópolis, por acreditarem na proposta do Projeto e terem sido tão acessíveis, disponibilizando meio de transporte e estrutura física para a pesquisa. À Neide Bruscato e à Mônica Ribacik, pelo apoio e auxílio no contato com os idosos.

Aos idosos, por terem participado da pesquisa com tanta disposição e interesse, sempre querendo contribuir para o crescimento na área da geriatria.

MUITO OBRIGADA!

SUMÁRIO

RESUMO	10
APRESENTAÇÃO	11
1 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS	14
2 Artigo de Revisão de Literatura: “ Qualidade de Vida no Idoso e Sua Relação com o Locus de Controle: uma revisão da literatura. ”	16
3 Artigo Empírico: “ A Influência do Locus de Controle na Qualidade de Vida do Idoso ”	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

RESUMO

A qualidade de vida na terceira idade é algo cada vez mais pesquisado pelo avanço da longevidade. No entanto, a questão é complexa, e existem diversas variáveis para serem exploradas no contexto brasileiro, onde as pesquisas iniciaram fortemente há duas décadas. Locus de controle é um dos fatores do bem-estar subjetivo, o qual está inserido no conceito de qualidade de vida. Lemos e Medeiros (2002) defendem que a autonomia e a independência, entre os idosos, são ótimos indicadores de saúde. A incapacidade de alterar o meio físico e social deixa nas pessoas uma sensação de fracasso. Se atribuírem seu fracasso a deficiências pessoais, generalizadas e duradouras, serão acometidas de sensação de ineficácia. Isso depende de como os idosos enxergam sua vida: se vêem apenas perdas e declínio, ou se enxergam as reservas que ainda têm e o potencial de desenvolver novas habilidades, compensando as perdas. Assim, quanto maiores o senso de controle pessoal e a capacidade de decisão e comando, mais intensos são os sentimentos de satisfação; quanto menores, maiores as possibilidades de depressão, preocupação e desamparo. Com o objetivo de estudar esta temática foi elaborada esta dissertação, que está composta por dois artigos, sendo um de revisão teórica e um empírico. No artigo teórico foi realizada uma revisão de literatura com o objetivo de investigar os estudos das publicações indexadas nos últimos anos que versam sobre o tema qualidade de vida no idoso e sua possível relação com o locus de controle. Os resultados demonstraram que vêm sendo pesquisadas diferentes variáveis que podem influenciar na qualidade de vida do idoso, inclusive o locus de controle. No entanto, as pesquisas ainda priorizam abordagens onde já está instalado algum grau de patologia, esquecendo as intervenções preventivas que poderiam viabilizar uma longevidade com qualidade. O segundo artigo, empírico, responde ao projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação e objetivou verificar as relações existentes entre os tipos de locus de controle e a qualidade de vida no idoso. Participaram 113 idosos entre 60 e 98 anos de idade. O delineamento foi de um estudo quantitativo, transversal, correlacional. Os instrumentos utilizados foram: Ficha de Dados Sociodemográficos, Escala de Locus de Controle da Saúde (MHLC) e Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref). A análise quantitativa foi efetivada através do *Statistical Package for the Social Sciences* – versão 11.5 para *Windows*, e estatísticas descritivas dos dados, incluindo média e desvio padrão, frequências e percentuais, foram utilizadas para elaboração de um perfil sociodemográfico dos participantes. As análises estatísticas empregadas foram: coeficiente de correlação de *Pearson*, teste t de *Student*, Análise de Variância (ANOVA) e regressão linear múltipla. Os resultados indicaram que existe associação entre os tipos de locus de controle e qualidade de vida no idoso. De um modo geral, os idosos que apresentaram como predominante o locus de controle interno e, ao mesmo tempo, os que possuem uma vida mais ativa, evidenciaram uma vida com maior qualidade.

Palavras-chave: Idoso; Qualidade de vida; Locus de controle.

Área conforme classificação do CNPq:

Área de Conhecimento: Ciências Humanas

7.07.00.00-1 – Psicologia

Subáreas conforme classificação do CNPq:

7.07.07.00-6 – Psicologia do Desenvolvimento Humano

7.07.10.00-7 – Tratamento e Prevenção Psicológica

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado está inserida dentro dos estudos do Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção Psicológica no Ciclo Vital, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Irani de Lima Argimon, integrante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.

Na perspectiva do desenvolvimento humano, uma das etapas do ciclo vital é a terceira idade, na qual o idoso vive um processo que sucede o limite estipulado de 60 anos em países em desenvolvimento. A terceira idade apresenta características biopsicossociais específicas que interferem na sua relação com a sociedade.

A evolução da vida pode ser vista como uma lenta transformação, quando vão sendo descobertas circunstâncias novas que o ciclo vital oferece. O limite entre o patológico e o saudável na terceira idade ainda não está claro, e por isso esta fase deve ser cada vez mais estudada com o aumento da longevidade por muitos indivíduos. No que se refere à saúde mental, Papalia e Olds (2000) referem que o declínio nesta área não é típico na terceira idade e que a doença mental é mais comum no adulto jovem do que no idoso.

A preocupação com a qualidade de vida do idoso ganhou relevância nas últimas três décadas. A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na terceira idade, bem como as variações que a idade comporta, reveste-se de grande importância científica e social. A tentativa de responder à aparente contradição que permanece entre velhice e bem-estar poderá contribuir para a concepção de alternativas de intervenção visando ao bem-estar dos idosos (Trentini, 2004).

Neri (1993) faz uma revisão da pesquisa gerontológica sobre Qualidade de Vida na idade madura e na terceira idade, partindo do pressuposto de que, nessas fases, também é possível haver boa qualidade de vida. Afirma que, nessa fase da vida, a promoção de boa qualidade de vida é um empreendimento de caráter sociocultural, ultrapassando os limites da responsabilidade pessoal. Qualidade de vida depende, portanto, não apenas do indivíduo, mas de sua interação com os outros e com a sociedade. Mostra que há uma multiplicidade de

critérios e de indicadores, cada um influenciando de maneira diferente a vida das pessoas, com impacto desigual sobre o bem-estar subjetivo. É salientada na literatura uma tendência na pesquisa de Qualidade de vida que foi investigada nesta pesquisa – o bem-estar psicológico e o senso de controle (autonomia) –; esses achados correspondem com a percepção do que se tem pesquisado sobre a importância da autonomia e da funcionalidade para os idosos (Henderson, 2002; McKenna, 2002; Jakobsson, Klevsgard, Westergren & Hallberg, 2003).

Lemos e Medeiros (2002) defendem, da mesma maneira, que a autonomia e a independência, entre os idosos, são ótimos indicadores de saúde. A incapacidade de alterar o meio físico e social deixa nas pessoas uma sensação de fracasso. Se atribuírem seu fracasso a deficiências pessoais, generalizadas e duradouras, serão acometidas de sensação de ineficácia. Isso depende de como os idosos enxergam sua vida: se vêem apenas perdas e declínio, ou se enxergam as reservas que ainda têm e o potencial de desenvolver novas habilidades, compensando as perdas. O senso de ineficácia pode ser exacerbado por diferentes preconceitos dos idosos e da sociedade. Assim, quanto maiores o senso de controle pessoal e a capacidade de decisão e comando, mais intensos são os sentimentos de satisfação; quanto menores, maiores as possibilidades de depressão, preocupação e desamparo.

Ligada a essas conclusões, introduziu-se nesta pesquisa uma associação que ainda foi pouco pesquisada, entre o *locus* de controle e a qualidade de vida no idoso. O *locus* de controle diz respeito à capacidade individual que as pessoas desenvolvem para lidar com os acontecimentos da vida e entender como e por que estes eventos acontecem, desenvolvendo mecanismos particulares de articulação entre eles (Figueredo, 2005). Dependendo de como o idoso lida com os acontecimentos, poderá ter melhores condições psíquicas de aumentar sua qualidade de vida. Esses estudos (Cianflone, 1996; Salgado & Souza, 2003; Abbad & Meneses, 2004; Insfrán, 2004; Araújo, Linhares & Coelho, 2004; Figueredo, 2005) apontam essa variável como de valor significativo na qualidade de vida do idoso.

Considerando que o tipo de lócus de controle do idoso pode exercer influência na qualidade de vida, foi desenvolvida esta dissertação a partir do Projeto de Mestrado “Qualidade de Vida no Idoso e Sua Relação com o Lócus de Controle”.

Nesta dissertação, foram elaborados dois artigos sobre a temática, conforme a Resolução nº 002/2004, de 25/03/2004, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, sendo um artigo de revisão teórica, intitulado “Qualidade de Vida no Idoso e Sua Relação com o Lócus de Controle: uma revisão da literatura”, e o outro, um artigo empírico: “A Influência do Lócus de Controle na Qualidade de Vida do Idoso”.

O artigo teórico objetivou realizar uma revisão na literatura sobre o tema lócus de controle e qualidade de vida no idoso através de buscas nas bases de dados indexadas. Foram identificados poucos estudos brasileiros sobre qualidade de vida na terceira idade.

O artigo empírico responde ao projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação e teve como objetivo verificar as relações existentes entre o tipo de lócus de controle do idoso e qualidade de vida.

Logo após a apresentação dos dois artigos, consta a aprovação do comitê de ética de pesquisa da PUCRS, e em seguida os artigos, as considerações finais da pesquisa e as referências bibliográficas da apresentação.

Espera-se que esta dissertação, do ponto de vista teórico e empírico contribua para o estudo da qualidade de vida no idoso e forneça subsídios que possam auxiliar em intervenções preventivas facilitadoras de uma boa qualidade de vida na terceira idade.

1. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS



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



Ofício nº 1038/05-CEP

Porto Alegre, 28 de outubro de 2005.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "Qualidade de vida no idoso e sua relação com o lócus de controle".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Caio Coelho Marques
COORDENADOR EM EXERCÍCIO

Ilmo(a) Sr(a)
Luciana de Almeida Timm
N/Universidade

2. ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

**QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO E SUA RELAÇÃO COM O LÓCUS DE
CONTROLE: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**Qualidade de Vida no Idoso e Sua Relação com o Locus de Controle:
uma revisão da literatura**

Luciana de Almeida Timm
Irani de Lima Argimon

Resumo

A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice reveste-se de grande importância científica e social. Assim, considera-se necessário investigar uma das possíveis variáveis da qualidade de vida no idoso: o locus de controle, que é a capacidade individual que as pessoas desenvolvem para lidar com os acontecimentos da vida e entender como e por que estes eventos acontecem, desenvolvendo mecanismos particulares de articulação. Dependendo de como o idoso lida com os acontecimentos, poderá ter melhores condições psíquicas de aumentar sua qualidade de vida. O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão da literatura através de uma busca de *abstracts* indexados dos últimos oito anos sobre o assunto. Pode-se perceber o aumento da preocupação com a qualidade de vida nos idosos, no entanto, ainda enfatizam os estudos de idosos que já apresentam algum tipo de enfermidade, o que também ocorreu com as pesquisas de locus de controle, onde, na sua maioria, estavam vinculadas a doenças.

Palavras chave: idoso; qualidade de vida; locus de controle.

**THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY AND ITS RELATIONSHIP WITH
THE LOCUS OF CONTROL: publications review**

Abstract

The investigation of the requirements for having good quality of life during old age is of great scientific and social importance. Therefore, the investigation of one of the possible variables for quality of life at old age is considered necessary: the locus of control which is the individual ability which people develop with a view of dealing with events in life and understand how and why they occur, in this way developing personal movement mechanisms. Depending on how each senior citizen deals with events, he or she will be in a better mental condition to improve his or her quality of life. The objective of this paper is to carry out a review of publications by way of a search of abstracts about the subject indexed in the last eight years. The rise in the elderly's concern regarding quality of life is noticeable, however,

studies on the elderly still focus on those with some sort of illness, which also occurred with locus of control research, the majority of which was linked to diseases.

Keywords: elderly, quality of life, locus of control.

Luciana de Almeida Timm – Mestranda em Psicologia Clínica (PUC-RS).

Irani de Lima Argimon – Doutora em Psicologia (PUC-RS). Professora do PPG-Psicologia Clínica (PUC-RS).

INTRODUÇÃO

A população na terceira idade aumenta rapidamente e apresenta, assim, um desafio à capacidade dos profissionais na compreensão de seus problemas característicos. Atualmente, estimou-se que existem dezesseis milhões de brasileiros que estão acima de 60 anos de idade, número este que contemplará, numa projeção para o ano de 2050, somente idosos de 80 anos ou mais (IBGE, 2003 e 2004). A chamada terceira idade apresenta questões típicas, e seu atendimento representa um aumento de cuidados já previstos, assim como estratégias a serem utilizadas para avaliar as questões específicas dessa fase.

A gerontologia envolve-se com as questões intrínsecas ao período etário a partir dos 60 anos, considerado como limite inferior da velhice adotado pela Organização Mundial da Saúde para os países em desenvolvimento. Sabe-se, entretanto, que o envelhecimento biológico é um processo que precede muito tal fronteira. Na realidade, a chamada terceira idade apresenta de maneira especial características biopsicossociais, com efeitos que incidem sobre o indivíduo e a sociedade (Motta, 2005).

Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão da literatura dos conceitos relacionados à qualidade de vida e locus de controle na terceira idade. Outro objetivo é revisar teoricamente o quanto estes dois conceitos estão interligados.

O locus de controle pode interferir no processo de envelhecimento e acarretar mudanças na qualidade de vida do idoso. É pertinente pesquisar esta relação pouco estudada na terceira idade para viabilizar um conhecimento mais específico sobre o assunto, já que ele pode vir a influenciar positivamente a qualidade de vida do idoso.

Atualmente, as pessoas podem esperar atingir uma idade avançada. Os americanos que chegam aos 65 anos, hoje, podem esperar chegar aos 82 anos de idade (Légaré, Ibrahima & Sossa, 2003). Inclusive, desenvolveu-se um estudo que aponta para fatores específicos dessa fase da vida, que é influenciada diretamente pelos sentimentos que despertam nos familiares. Andres-Pizarro (2004) identificou, em um de seus estudos, o fato de 50% da população idosa espanhola ainda estar, hoje, com um ineficaz atendimento social especializado, propiciando o aumento dos riscos na saúde do idoso e de sua manutenção, devido à discriminação da sociedade e da família das quais ele, muitas vezes, é dependente.

Em relação à população brasileira, foi desenvolvido um estudo (Barreto, Giatti, Lima-Costa & Uchoa, 2003) da influência da situação socioeconômica sobre a saúde dos idosos, que também os resultados se mostraram controversos. Foram utilizados dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 para examinar essa influência em uma amostra de 19.068 idosos representativos da população brasileira com mais de 60 anos de idade. Os idosos com renda mais baixa apresentaram piores condições de saúde (pior percepção da saúde, interrupção de atividades por problemas de saúde, ter estado acamado e relato de algumas doenças crônicas), pior função física (avaliada através de seis indicadores) e menor uso de serviços de saúde (menor procura e menos visitas a médicos e dentistas). Esses resultados não confirmam observações realizadas em alguns países desenvolvidos quanto à ausência de associação entre o nível socioeconômico e a saúde do idoso. Ao contrário, os

resultados desse estudo (Barreto, Giatti, Lima-Costa & Uchoa, 2003) mostram que mesmo pequenas diferenças na renda domiciliar são suficientemente sensíveis para identificar idosos com piores condições de saúde e menor acesso aos serviços de saúde no Brasil.

A evolução da vida pode ser vista como uma lenta transformação, quando vão sendo descobertas circunstâncias novas que o ciclo vital oferece. Com o avançar da idade, vão ocorrendo alterações estruturais e funcionais que são comuns a todos os indivíduos por serem consideradas próprias do processo do envelhecimento. Contudo, estudos populacionais (Argimon & Stein, 2005) têm demonstrado que o intelecto e demais funções mentais podem ser preservadas com o envelhecimento normal. Dessa forma, quando ocorre insuficiência das funções cerebrais, esta não pode ser considerada necessariamente consequência normal do processo de envelhecimento, mas pode representar o impacto de estados mórbidos, que tende a aumentar nas idades mais avançadas.

A prática de estudos em idosos que apresentem um perfil biopsicossocial considerado de boa qualidade é crucial para tentar estabelecer um limite claro entre o patológico e o normal esperado na velhice (Trentini, 2004). As pessoas idosas fisicamente ativas têm capacidade semelhante à das pessoas jovens ativas. Isso significa que alguns processos fisiológicos, que diminuem com a idade, podem ser modificados pelo exercício e pelo condicionamento físico. O envelhecimento humano é um processo biológico natural, e não patológico, caracterizado por uma série de alterações morfofisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acontecem no organismo ao longo da vida.

Em relação ao que se acena à saúde mental, Papalia e Olds (2000) referem o declínio atípico na terceira idade e apontam para a doença mental mais comum no adulto jovem do que no adulto mais velho. Na velhice, as pessoas podem e, efetivamente, continuam a adquirir novas informações e habilidades, bem como ainda são capazes de lembrar e usar bem aquelas habilidades que já conhecem. Os autores destacam ainda que o início da senescência varia bastante e justificam através da teoria biológica do envelhecimento e da teoria da

programação genética. A justificativa é a de que, por um plano normal de desenvolvimento embutido nos genes, os corpos envelhecem, salientando, portanto, que cada espécie tem sua própria expectativa de vida e padrão de envelhecimento. Esses processos, segundo essas autoras, podem ser influenciados tanto por fatores internos quanto externos. Compilando as duas teorias, pode-se dizer que a programação genética pode limitar a duração máxima da vida, mas fatores ambientais e de estilo de vida podem afetar quando uma pessoa se aproxima do máximo, ou seja, que qualidade de vida apresenta. Cada fase da vida é influenciada pela que a antecedeu e irá afetar a que virá a ocorrer.

A preocupação especificamente com a qualidade de vida na terceira idade auferiu grande valor nos últimos 30 anos. Isso ocorreu devido ao crescimento do número de idosos e do alargamento da longevidade, que passou a ser vivenciada por um número ascendente de indivíduos. Esta questão também causou um aumento da curiosidade dos pesquisadores para o estudo científico no assunto (Neri, 2000).

A investigação a propósito das condições que possibilitam uma boa qualidade de vida na velhice, bem como as transformações que a idade apresenta, é de grande importância científica e social. Tentar responder à aparente contradição que permanece entre velhice e bem-estar poderá contribuir para a compreensão de novas alternativas de intervenção, promovendo o bem-estar das pessoas idosas (Trentini, 2004).

Pesquisas têm sido realizadas para esclarecer os fatores que contribuem para o chamado “envelhecimento bem-sucedido”. Esta seria uma condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história pessoal e seu grupo etário (Argimon & Stein, 2005). Qualidade de vida é de difícil conceituação. Durante as últimas décadas, o debate sobre o seu significado não encontrou consenso satisfatório.

Após a Segunda Guerra Mundial, o conceito de “boa vida” foi usado para se nomear a conquista de bens materiais: possuir casa própria, carro, aparelhos eletrônicos (televisão, rádio, máquina de lavar, aspirador de pó, etc.), ter aplicações financeiras, uma boa aposentadoria, poder viajar. A seguir, este conceito foi ampliado, visando medir quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente, não importando se tal riqueza estava bem distribuída. Indicadores econômicos surgiram e se tornaram instrumentos importantes de se medir e comparar qualidade de vida entre diferentes cidades, regiões, países e culturas. Passaram a ser usados o Produto Interno Bruto (PIB), a renda *per capita*, a taxa de desemprego e outros. Inferia-se que os países cujos indicadores econômicos fossem os melhores teriam suas populações usufruindo uma melhor qualidade de vida. Os anos se passaram, e o conceito se ampliou, para significar, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social (saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, crescimento individual). Os indicadores também se ampliaram: mortalidade infantil, esperança de vida, taxa de evasão escolar, nível de escolaridade, taxa de violência (suicídios, homicídios, acidentes), saneamento básico, nível de poluição, condições de moradia e trabalho, qualidade do transporte, lazer, etc., a quantidade de indicadores sendo potencialmente infinita. Muitos países estabeleceram políticas de bem-estar social, o assim chamado *Welfare State* (Paschoal, 2000).

A partir da década de 1960, percebeu-se, no entanto, que, embora todos fossem indicadores importantes para se avaliar e comparar qualidade de vida entre países, regiões e cidades (qualidade de vida objetiva), não eram suficientes para se medir a qualidade de vida dos indivíduos, pessoas que se inseriam diferentemente naquela sociedade e que podiam se distanciar, de forma importante, do índice médio para a população como um todo. Era necessário e fundamental avaliar a qualidade de vida percebida pela pessoa, o quanto as pessoas estavam satisfeitas ou insatisfeitas com a qualidade de suas vidas (qualidade de vida subjetiva).

Em vista disso, passou-se a valorizar, então, a opinião dos indivíduos. O dono da vida é quem deveria avaliar a qualidade de sua vida. O pesquisador não poderia construir, *a priori*, um modelo do que julgasse ser boa qualidade de vida e tentar enquadrar os indivíduos em seu modelo: quem se enquadrasse teria boa qualidade de vida; ao contrário, teria má qualidade de vida, quem fugisse do modelo construído. Era necessário ouvir os indivíduos. Denominou-se esse novo conceito de qualidade de vida subjetiva, em contraposição às questões objetivas, que qualificariam, também, a vida das pessoas (Horley, 1984; Slevin, Plant, Lynch, Drinkwater & Gregory, 1988; Oleson, 1990; Ware, 1993; Bowling, 1995; Farquhar, 1995; *The WHOQOL Group*, 1995).

Minayo, Hartz e Buss (2000) explicam melhor o porquê de tamanha variabilidade de conceitos e assinalam que o termo abrange muitos significados, refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

O grupo de especialistas em Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, que elaborou um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, construído através de um método transcultural (WHOQOL), afirma que, embora não haja definição consensual de qualidade de vida, há concordância considerável entre os pesquisadores sobre algumas características do constructo Qualidade de Vida (*The WHOQOL Group*, 1995). Este grupo cita três características: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade – como se verá ao longo deste trabalho. Quanto à primeira, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. Quanto à multidimensionalidade, que se refere ao reconhecimento de que o constructo é composto por diferentes dimensões, já é um consenso entre os pesquisadores. Qualidade de Vida, diz o *WHOQOL Group*, inclui, pelo menos, três dimensões – física, psicológica e social –, sempre na direção da subjetividade (como os indivíduos percebem seu estado físico, seu estado

cognitivo e afetivo e suas relações interpessoais e os papéis sociais em suas vidas). Por último, a bipolaridade que é um constructo que possui dimensões positivas e negativas. Exemplos daquelas podem ser o desempenho de papéis sociais, mobilidade, autonomia, dentre outros. Exemplos de dimensões negativas: dor, fadiga, dependência. Assim, qualquer avaliação de qualidade de vida deve sempre incluir dimensões positivas e negativas, enfatizando as percepções dos indivíduos sobre elas.

Paschoal (2000) acrescenta uma quarta característica do constructo: sua mutabilidade. A avaliação de qualidade de vida muda com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural; para uma mesma pessoa, muda conforme seu estado de espírito ou de humor. Esta característica aumenta a dificuldade de aferição.

Motta (2005) faz uma revisão da pesquisa gerontológica sobre Qualidade de Vida na idade madura e na velhice, partindo do pressuposto de que, nessas fases, também é possível haver boa qualidade de vida. Afirma que, nessa fase da existência, a promoção de boa qualidade de vida é um empreendimento de caráter sociocultural, ultrapassando os limites da responsabilidade pessoal. Qualidade de vida depende, portanto, não apenas do indivíduo, mas de sua interação com os outros e com a sociedade. Mostra que há uma multiplicidade de critérios e de indicadores, cada um influenciando de maneira diferente a vida das pessoas, com impacto desigual sobre o bem-estar subjetivo. Neri (1993) faz um breve histórico sobre as tendências da investigação sobre qualidade de vida de idosos e identifica vários vieses seguidos desde a década de 1950. Na década de 1970, os pesquisadores perceberam que outras variáveis mediavam os efeitos das já levantadas, como, por exemplo, a satisfação e a atividade, que era o controle pessoal (autonomia). Contribuindo com as colocações de Neri (1993), Paschoal (2000) refere que a atividade, se desencadeada a partir do controle pessoal sobre a própria vida, pode levar à satisfação, pois é o indivíduo que a regularia. É saliente na literatura a tendência na pesquisa de qualidade de vida, analisar o bem-estar psicológico e o senso de controle (autonomia), pois esses achados correspondem com a percepção do que se

tem pesquisado sobre a importância da autonomia e da funcionalidade para os idosos (Henderson, 2002; McKenna, 2002; Jakobsson, Klevsgard, Westergren & Hallberg, 2003).

Lemos e Medeiros (2002) defendem, da mesma maneira, que a autonomia e a independência, entre os idosos são ótimos indicadores de saúde. A incapacidade de alterar o meio físico e social deixa nas pessoas uma sensação de fracasso. Se atribuírem seu fracasso a deficiências pessoais, generalizadas e duradouras, serão acometidas por uma sensação de ineficácia. Isso depende de como os idosos enxergam sua vida: se vêem apenas perdas e declínio, ou se enxergam as reservas que ainda têm e o potencial de desenvolver novas habilidades, compensando as perdas. O senso de ineficácia pode ser exacerbado por diferentes preconceitos, dos idosos e da sociedade. Assim, quanto maiores o senso de controle pessoal e a capacidade de decisão e comando, mais intensos serão os sentimentos de satisfação; quanto menores, maiores as possibilidades de depressão, preocupação e desamparo.

Dessa forma, introduz-se uma associação que ainda foi pouco pesquisada, o locus de controle, juntamente com a qualidade de vida nos idosos. O locus de controle diz respeito à capacidade individual que as pessoas desenvolvem para lidar com os acontecimentos da vida e entender como e por que estes eventos acontecem, desenvolvendo mecanismos particulares de articulação (Rodriguez-Rosero, Ferriani & Dela Coleta, 2002). Dependendo de como o idoso lida com os acontecimentos, poderá ter melhores condições psíquicas de aumentar sua qualidade de vida. Esses estudos (Digman, Block, Steckler, Howard & Cosby, 1986; Trice & Price-Greathouse, 1987; Quadrel & Lau, 1989; Woolfolk, 2000) apontam essa variável como de valor significativo na área da saúde.

Uma explicação para a importância que o locus de controle vem adquirindo pode ser o fato de que a cultura atual premia seus cidadãos com o paradoxo do controle (Brownell, 1991; Coll et al., 2000). Segundo estes autores, o foco sobre o controle cria uma atmosfera na qual os indivíduos são responsáveis por sua saúde: para eles mesmos, sua família, seus empregados e para a nação como um todo. Como resultado da ênfase no controle pessoal

sobre o comportamento, há alguns benefícios importantes, tal como o decréscimo das taxas de algumas doenças importantes (por exemplo, doença coronária), parcialmente devido a mudanças no estilo de vida (USDHHS, 1990). O encorajamento da rotina de cuidados médicos e testes especiais, como, por exemplo, mamografias, provavelmente tem um impacto significativo sobre as doenças. Além disso, tanto a percepção de ter controle como o controle por si mesmo podem ter significativos benefícios psicológicos e de saúde (Rodin, 1986; Rodin & Salovey, 1989; Hasson-Ohayon, Walsh, Roe, Kravetz & Weiser, 2006).

Dentre os conceitos de psicologia social, o *locus de controle* é estudado como um dos componentes da Teoria do Bem-Estar Subjetivo, difundida por Diener (1984) como uma vertente da Psicologia Positiva, também desenvolvida por Seligman (2004) a partir da década de 1960. Os outros componentes do Bem-Estar Subjetivo que não serão contemplados neste estudo são: auto-estima, autoconceito, motivação de auto-realização, enquanto fatores psicossociais de saúde mental (Pereira & Engelmann, 1993).

Martin Seligman (2004), psicólogo norte-americano que desenvolveu a Psicologia Positiva, afirma que o trabalho de um psicoterapeuta não é simplesmente curar os sintomas, mas ajudar o cliente a construir forças e virtudes. E são virtudes como coragem, perspectiva, integridade, lealdade e igualdade que se percebem necessárias discutir com os idosos, para levá-los a uma reflexão sobre os caminhos para atingir a realização permanente, e dessa forma, a felicidade, conforme atesta Seligman (2004).

Diener (1984) define a Teoria do Bem-Estar Subjetivo (BES) como um campo da Psicologia que busca entender as avaliações das pessoas sobre as suas vidas e abrangem variáveis como satisfação com a vida em geral ou com algum aspecto dela, falta de depressão e ansiedade, e emoções e humores positivos. Diener mostra que a preocupação com a felicidade e o bem-estar subjetivo acompanha a humanidade há milênios, mas só nos últimos cinquenta anos o BES tem sido medido e estudado sistematicamente. O BES é o componente principal no conceito de Qualidade de Vida.

Segundo Pereira (1997), as causas de alegria são normalmente ligadas às relações sociais bem sucedidas. Já as causas de satisfação estão mais ligadas à comparação com outras pessoas. A satisfação também está ligada às aspirações que o sujeito tem. Quando o que se consegue está próximo ao que se deseja, a satisfação é maior. As aspirações são ligadas às comparações que o sujeito faz com os outros e também com experiências passadas. Conforme as pessoas vão ficando mais velhas, seus ganhos aumentam e suas aspirações diminuem, reduzindo a lacuna entre as aspirações e ganhos. Com isso as pessoas mais velhas tendem, teoricamente, a terem um nível de satisfação maior que os jovens.

Rotter (1954), um dos pioneiros referidos na literatura, traz como o constructo *locus de controle* implicado em elementos comportamentalistas (comportamento, reforço) e cognitivo (percepção, expectativa) e a sua estruturação no sujeito se reportam à teoria da aprendizagem social. Estudos sobre causalidade social iniciaram-se na década de 1950, com os estudos de Heider (1958) sobre como as pessoas atribuem causas ao comportamento dos outros. O controle percebido é uma capacidade individual que as pessoas desenvolvem para lidar com os episódios da vida e entender como e por que estes eventos ocorrem, desenvolvendo mecanismos particulares de articulação.

Para O'Brien (1984), *locus de controle* é a expectativa do indivíduo na medida em que os seus esforços se encontram sob controle interno (esforço pessoal, competência, etc.), ou externo (as outras pessoas, sorte, chance, etc.). A teoria de *locus de controle* afirma que, quando um esforço é apreendido pelo sujeito como acompanhado de alguma ação própria, mas não sendo inteiramente contingente nesta ação, então, em nossa cultura, ele é caracteristicamente percebido como resultado da sorte, do acaso, destino como imprevisível, devido à grande complexidade das forças, que a cercam. Quando o evento é interpretado desta forma pelo indivíduo, tem-se denominado esta crença como controle externo. Se a pessoa percebe que o evento é contingente em seu próprio comportamento ou relativamente a uma característica permanente, nós denominamos esta crença como controle interno (Skinner, 1995).

Tal controle ocorre devido à necessidade inata que os seres humanos têm em dirigir e ter controle e competência sobre suas vidas. É moldado pelo desenvolvimento e é uma força ativa nessa linha (Reppold & Hutz, 2003).

Kurita e Pimenta (2003) definiram locus de controle como um constructo, que tem por objetivo explicar uma característica relativa à percepção das pessoas sobre a fonte interna ou externa de controle nos acontecimentos em que estão envolvidas. Assinalam que, quando algo acontece às pessoas, essas costumam questionar o porquê isso acontece. A esta ligação entre a situação vivida e a expectativa de mudança denominou atribuição de causalidade. Skinner (1995) já indicava em suas pesquisas que o controle é percebido como sendo um fator de proteção a situações estressantes, fornecendo proteção contra as experiências de angústia em tempos de objetivos e elevado caos, o que foi confirmado no estudo de Cousson-Gelie, Irachabal, Bruchon-Schweitzer, Dilhuydy e Lakdja (2005) em pacientes com câncer.

Kobasa (1979) detectou que as pessoas mais resistentes ao estresse parecem ter três características básicas comuns: (a) abertura para mudanças; (b) sensação de estar no controle de suas vidas; (c) envolvimento em alguma área da vida que o motiva. Esta afirmação corrobora uma questão crucial para os idosos: o aumento da probabilidade de experimentação de perdas e eventos incontroláveis, situações, que podem gerar um grande estresse, dependendo da forma da pessoa agir com as situações ao seu redor.

Segundo Mayer e Koller (2001), pessoas que acreditam ter uma ação de controle sobre um resultado de sucesso têm mais probabilidade de confirmar suas expectativas iniciais. Os eventos de vida são encarados por elas como desafios a serem enfrentados e superados, para que possam assegurar-se, mais uma vez, de seu sucesso. Por outro lado, pessoas que não acreditam que possam influir nas conseqüências, com seus atos, acabam por perder oportunidades de exercer controle sobre os eventos de vida. Através desta passividade e evitando tarefas difíceis, elas podem abster-se do desenvolvimento de novas competências (Karasawa, Little, Mashima & Azuma, 1995; Skinner, 1995).

Segundo Carlisle-Frank (1991), os achados de estudos nesse campo têm demonstrado um funcionamento mais adaptativo para aqueles indivíduos com expectativas internas em oposição àqueles com expectativas externas. Pesquisadores têm postulado que internos são mais sensíveis a mensagens de saúde, tendem a ter aumento de conhecimento sobre condições de saúde, tentam melhorar o funcionamento físico e, através de seus próprios esforços, podem ser menos suscetíveis à disfunção física e psicológica (Strickland, 1978; Cross, March, Lapsley, Byrne e Brooks, 2006), e acreditando, assim, que os internos são mais prováveis de assumir responsabilidade por sua saúde e bem-estar.

Della-Coleta (1982), baseado em Lefcourt (1976), apresenta as características que fornecem indicações de externalidade e internalidade no locus de controle. Entre outras características, pessoas com locus de controle mais interno apresentam-se: a) com maior fluência verbal; b) resistentes às influências sociais, à coerção e aos comportamentos perigosos; c) mais persistentes ao solucionar problemas lógicos e no esforço para obter maiores resultados; d) mais inquisitivos, curiosos e eficientes processadores de informação; e) mais ativos e alertas; f) menos pessimistas e mais hábeis para vencer adversidades; g) mais tolerantes ao desconforto; h) com maior força do ego.

Por outro lado, as pessoas com locus de controle predominantemente externo: a) apresentam tendência ao conformismo; b) não percebem corretamente as contingências; c) são mais passíveis de influência de acordo com o *status* da fonte e menos hábeis para aceitar as implicações do fracasso; d) são mais imediatistas; e) apresentam visão do futuro negativa e mais idéias suicidas; f) sentem mais insatisfação durante a interação social.

A relação existente entre qualidade de vida e intensidade de níveis de desesperança no idoso também é estreita. O idoso que avalia a sua qualidade de vida como negativa apresenta significativamente mais sintomas depressivos, assim como quem tem esperança pode alcançar melhor qualidade de saúde (Miller, 1985, Carpenito, 1995, Farran, Herth & Popovich, 1995, Skarsater, Langius, Agren, Haggstrom & Dencker, 2005).

Conforme Goldstein (1995) e Beck (2001), os indivíduos não sustentam modelos de comportamentos estáticos ao longo dos anos. Ao contrário, alteraram seu comportamento para abarcar as demandas da vida que se modificam com o passar dos anos.

Alguns autores defendem que, apesar de distinto, a qualidade de vida na terceira idade também pode ser compreendida como um processo adaptativo multidimensional em relação ao grau do indivíduo para lidar com várias configurações de demanda (Backman, Mäntyla & Herlitz, 1990; Baltes & Baltes, 1990; Paschoal, 2000).

Baseado em estudos realizados com venezuelanos sobre locus de controle, Romero-García (1988) define a internalidade como uma necessidade intrínseca de controlar os resultados e os esforços contingentes a esses resultados. E o autor afirma, através de um de seus estudos, que é possível incrementar significativamente a internalidade através de um programa de intervenção psicológica adequada. As orientações de locus de controle são expectativas generalizadas aprendidas socialmente e, por isso, são suscetíveis de modificação através da intervenção psicológica.

Assim, se o idoso vai atribuir a si mesmo a capacidade de mediar suas recompensas, logo sua ação será mais motivada e esforçada porque ele acredita que só depende dele alcançar a qualidade de vida que busca. Então, ele vai mudar seu comportamento, persistir na busca da solução mais adequada para ele. Já o idoso que acredita que seus resultados dependem da sorte ou dos outros não encontra motivação para se esforçar ou mudar comportamento em busca de melhor qualidade de vida (Rodrigues, 1981).

Levando em consideração que o constructo locus de controle tem influência em várias áreas de estudo e investigação da Psicologia e que as características encontradas para internalidade e externalidade podem determinar conseqüências em vários aspectos da vida das pessoas, justifica a relação teórica realizada entre o locus de controle e a qualidade de vida nos idosos neste estudo.

DISCUSSÃO

A partir desta revisão teórica, é importante destacar que as publicações indicam um interesse de vários pesquisadores com relação às informações mais específicas da terceira idade e ao aumento e prolongamento da qualidade de vida. A maioria das publicações nestas bases de dados teve como idioma de origem a língua inglesa, o que evidencia a necessidade de mais publicações de outros países, pois poderiam revelar questões relativas a aspectos culturais e levantar outras a respeito da universalidade das questões na terceira idade.

Como houve oportunidade de certificar na revisão teórica realizada, os delineamentos utilizados, na grande maioria, foram de metodologia transversal. Esse dado demonstra a dificuldade em efetivar estudos com delineamento longitudinal, o que, de certa forma, reflete na dificuldade de ainda definir o limiar entre a terceira idade saudável da terceira idade patológica. Essa questão implica uma evolução já existente das pesquisas com idosos e, ao mesmo tempo, as limitações que nela estão implicadas.

Merece destaque que a qualidade de vida tem sido associada a diferentes variáveis e estudada na sua maioria em idosos que apresentam alguma enfermidade, o que dificulta o perfil de um idoso saudável. Seria importante a presença de trabalhos preventivos junto aos idosos e sua relação com a sociedade para obter dados lineares desta população nesta fase do ciclo vital.

Com relação ao locus de controle, estudos menos numerosos estabelecem relações com a qualidade de vida, contudo, enfatizam a transição de pessoas já portadoras de alguma enfermidade de como um momento importante de mudança desperta novas maneiras do idoso se relacionar com suas limitações, que a doença despertou.

Os resultados do presente estudo apontam para a evolução e sofisticação de procedimentos, como tomografia, cintilografia e outros, que possibilitam, além de verificar as condições de saúde do idoso, prevenir outras possíveis doenças, sendo esse um recurso que

pode desmistificar a terceira idade como patológica independente de seus hábitos durante a adultez.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As características das publicações indexadas nesses últimos anos, sobre a qualidade de vida no idoso e sua relação com o locus de controle, evidenciaram que as pesquisas têm avançado na investigação de diferentes aspectos, que podem interferir na estruturação e manutenção cognitiva, psíquica e social dos idosos e nas repercussões de seus hábitos sociais, econômicos, etc, nos diferentes momentos da terceira idade.

Os estudos têm buscado estabelecer relações na qualidade de vida dos idosos e o tipo de enfermidade que apresenta, entretanto, são bem menos numerosos os trabalhos que associam a qualidade de vida do idoso diretamente com o locus de controle. O que deixa uma lacuna ainda para se investigar melhor, no que realmente o locus de controle interfere e no que ele poderia servir de facilitador para o idoso alcançar uma qualidade de vida contínua. No Brasil, os pesquisadores estão já bastante enfronhados nesta questão, no entanto, pelos múltiplos fatores que podem vir a interferir na qualidade de vida, ainda existem muitos caminhos a serem percorridos.

REFERÊNCIAS

- Andres-Pizarro, J. (2004). Inequalities in protection services for elderly dependent individuals. Gaceta Sanitaria, 18, 126-131.
- Argimon, I. I. L., & Stein, L. M. (2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. Cadernos de Saúde Pública, 21(1), 64-72.
- Backman, L., Mäntyla, T., & Herlitz, A. (1990). The optimization of episodic remembering in old age. In P. B. Baltes, & M. M. Baltes (Eds.), Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (Eds.), Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. New York: Cambridge University Press.

Barreto, S., Giatti, L., Lima-Costa, M. F., & Uchoa, E. (2003). Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: Um estudo na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cadernos de Saúde Pública, 19(3), 745-757.

Beck, Marcelo L. G. (2001). A Teoria da Atribuição e sua Relação com a Educação. Urutagua Revista Acadêmica Multidisciplinar, 1(3). Disponível: <<http://www.uem.br/~urutagua/03beck.htm>> Acesso: 3 nov. 2006.

Bowling, A. (1995). Health related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement. In A. Bowling (Ed.), Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales (pp. 1-19). Buckingham, PA: Open University Press.

Brownell, K. D. (1991). Personal responsibility and control over bodies: When expectation exceeds reality. Health Psychology, 10, 303-310.

Carlisle-Frank, P. (1991). Examining personal control beliefs as a mediating variable in the health-damaging behavior of substance use: An alternative approach. The Journal of Psychology, 125(4), 381-397.

Carpenito, L. J. (1995). Nursing diagnosis: Application to clinical practice (6th ed.). Philadelphia, Lippincott.

Coll, C. S., Alemany, I. G., Martí, E., Majós, T. M., Mestres, M. M., & Goñi, J. O. (2000) Psicologia do ensino. Porto Alegre: ArtMed.

Cousson-Gelie, F., Irachabal, S., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J., & Lakdja, F. (2005). Dimensions of cancer locus of control scale as predictors of psychological adjustment and survival in breast cancer patients. Psychological Reports, 97(3), 699-711.

Cross, M., March, L., Lapsley, H., Byrne, E., & Brooks, P. (2006). Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure. Rheumatology, 45(1), 92-96.

Della-Coleta, J. A. (1982). Atribuição de causalidade: Teoria e pesquisa. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

Digman, M., Block, G., Steckler, A., Howard, G., & Cosby, M. (1986). Locus of control and smokeless tobacco use. Adolescence, 21, 377-381.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95, 542-575.

Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. Soc Sci Med, 41(10), 1439-1446.

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

Goldstein, L. L. (1995). Stress e coping na vida adulta e na velhice. In A. L. Neri (Org.), Psicologia do envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida (pp. 145-158). Campinas, SP: Papyrus.

Hasson-Ohayon, I., Walsh, S., Roe, D., Kravetz, S., & Weiser, M. (2006). Personal and interpersonal perceived control and the quality of life of persons with severe mental illness. J. Nerv. Ment. Dis., 194(7), 538-542.

Heider, F. (1958). The ultimate attribution error? A review of the literature on ingroup causal attribution. European Journal of Social Psychology, 20, 311-335.

- Henderson, J. P. (2002). The effects of self-efficacy for coping, constructed meaning, and spirituality on the quality of life in men with prostate cancer. Tese de Pós-Doutorado não publicada, Universidade do Estado do Tennessee, Estados Unidos.
- Horley, J. (1984). Life satisfaction, happiness and morale: Two problems with the use of subjective well-being indicators. Gerontologist, 24(2), 124-127.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2003). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2002: Microdados. Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2004). Projeção da população do Brasil para o período 1980-2050: Revisão 2004. Rio de Janeiro: IBGE.
- Jackobsson, U., Kleivsgard, R., Westergren, A., & Hallberg, I. R. (2003). Old people in pain: a comparative study. Journal of Pain and Symptom Management, 26(1), 625-636.
- Karasawa, M., Little, T., Mashima, M., & Azuma, H. (1995). Japanese children's action-control beliefs about school performance. Berlim: Max Planck Institute for Human Development and Education. Manuscrito não publicado.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1-11.
- Kurita, G. P., & Pimenta, C. A. M. (2003). Adesão ao tratamento da dor crônica: Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. Arq Neuro-Psiquiatr, 61(2B), 416-425.
- Lefcourt, H. M. (1976). Locus of control: Current trends in theory and research. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Légaré, J., Ibrahima, M., & Sossa, O. (2003). Population Ageing: A Challenge for Developing Countries. International Federation on Ageing (IFA). Canadá, March. 94p.
- Lemos, N., & Medeiros, S.L. (2002). Suporte social ao idoso dependente. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. K. Gorzoni, & S. M. Rocha (Eds.), Tratado de geriatria e gerontologia (pp. 892-897). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Mayer, L. R., & Koller, S. H. (2001). Percepção de controle sobre o desempenho acadêmico de crianças em situação de pobreza. Psicologia Escolar e Educacional, 4(1), 283-294.
- McKenna, M. C. (2002). Development and validation of the Quality of Life Scale for the Elderly (QLSE). Psyco Info, 62(11-B), 5383.
- Miller, J. F. (1985). Hope doesn't necessarily spring eternal – sometimes it has to be carefully mined and channeled. A J N, 85, 23-25.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva, 5(1), 7-18.
- Motta, L. B. (2005). Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso: Um modelo de programa adequado às especificidades do envelhecimento. Rio de Janeiro: CRDE UnATI UERJ, 119p. (Série Livros Eletrônicos. Programas de Atenção a Idosos).
- Neri, A. L. (2000). Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In Y. A. O. Duarte, & M. J. D. (Orgs.), Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu.
- Neri, L. (1993). Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A. L. Neri (Org.), Qualidade de vida e idade madura (pp. 9-55). Campinas, SP: Papyrus.

- O'Brien, G. E. (1984). Locus of control, work and retirement. In H. M. Lefcourt (Org.), Research with the locus of control construct: Extension and limitations. Orlando, Flórida: Academic Press.
- Oleson, M. (1990). Subjective perceived quality of life. Image J Nurs Sch, 22,(3), 187-190.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2000). Desenvolvimento humano (7 ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paschoal, S. M. P. (2000). Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Pereira, C. A. A. (1997). Respostas a 13 perguntas sobre felicidade. Manuscrito, 7p.
- Pereira, C. A. A. & Engelmann, A. (1993). Um estudo da qualidade de vida universitária no trabalho de docentes da UFRJ. In Arquivos Brasileiros de Psicologia.
- Quadrel, M. J., & Lau, R. R. (1989). Health promotion, health locus of control, and health behavior: Two field experiments. Journal of Applied Social Psychology, 19, 1497-1521.
- Reppold, C. T., & Hutz, C. S. (2003). Reflexão social, controle percebido e motivações à adoção: Características psicossociais das mães adotivas. Estudos de Psicologia, 8(1), 25-36.
- Rodin, J. (1986). Aging and health: Effects of the sense of control. Science, 233, 1271-1276.
- Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health psychology. Annual Review of Psychology, 40, 533-579.
- Rodrigues, A. (1981). Aplicações da Psicologia Social: À escola, à clínica, às organizações, à ação comunitária. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Rodriguez-Rosero, J. E., Ferriani, M. G. C., & Dela-Coleta, M. F. (2002). Multidimensional health locus of control scale – MHLC: a validation study. Rev Latino-Am Enfermagem, 10 (2).
- Romero-García, O. (1988). Aumentando internalidad y necesidad de logro en supervisores petroleros. In Memórias del Segundo Encuentro Venezolano sobre Motivación (pp. 1-11). Mérida: Centro de Investigaciones Psicológicas.
- Rotter, J. (1954). Social learning and clinical psychology. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Seligman, M. E. P. (2004). Felicidade Autêntica: Usando a Nova Psicologia Positiva para a realização permanente. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Skarsater, I., Langius, A., Agren, H., Haggstrom, I., & Dencker, K. (2005). Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: a one-year prospective study. Int. J Ment Health Nurs, 14(4), 258.
- Skinner, E. (1995). Perceived control, motivation, and coping. London: Sage.
- Slevin, M. L., Plant, H., Lynch, D., Drinkwater, J., & Gregory, W. M. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? Br J Cancer, 57, 109-112.
- Strickland, B. (1978). Internal-external expectancies and health-related behaviors. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1192-1211.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med, 41(10), 1403-1409.

Trentini, C. M. (2004). Qualidade de vida em idosos. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Trice, A. D., & Price-Greathouse, J. (1987). Locus of control and AIDS information-seeking in college women. Psychological Reports, 60, 665-666.

USDHHS. U. S. Department of Health and Human Services. (1990). Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

Ware, J. E. (1993). Measuring patient's views: The optimum outcome measure. B M J, 306, 1429-1430.

Woolfolk, A. E. (2000). Psicologia da Educação (7 ed). Porto Alegre: ArtMed.

3. ARTIGO EMPÍRICO

A INFLUÊNCIA DO LÓCUS DE CONTROLE NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

**A INFLUÊNCIA DO LÓCUS DE CONTROLE NA
QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO**

Luciana de Almeida Timm

Mestranda em Psicologia Clínica (PUC-RS)

Irani Iracema de Lima Argimon

Doutora em Psicologia (PUCRS); Professora do PPG-Psicologia Clínica (PUC-RS)

A INFLUÊNCIA DO LÓCUS DE CONTROLE NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Resumo: O trabalho verificou as relações existentes entre a qualidade de vida do idoso, locus de controle e dados sociodemográficos. Participaram deste estudo 113 idosos entre 60 e 98 anos. O estudo é quantitativo e transversal. Os instrumentos utilizados foram: Ficha de Dados Sociodemográficos, Escala de Locus de Controle de Saúde e Avaliação de Qualidade de Vida Abreviada. De um modo geral, os idosos que apresentaram uma vida ativa possuíam maior qualidade de vida e locus interno.

Palavras-chave: idoso, qualidade de vida, locus de controle.

THE INFLUENCE OF THE LOCUS OF CONTROL ON THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY

Abstract: This paper confirmed the existing relationship between the quality of life of the elderly, the locus of control and socio-demographic data. 113 senior citizens participated with ages ranging from 60 to 98. This study is quantitative and transversal. The different instruments that were used were: a Socio-demographic Data Form, a Locus of Control Scale and a Short Quality of Life Evaluation. Generally speaking, the senior citizens who had a more active life had better quality of life and an internal locus.

Key words: elderly; quality of life; locus of control.

INTRODUÇÃO

Avaliações de qualidade de vida vêm sendo incorporadas cada vez mais às práticas do setor de saúde. Nos últimos anos, o constructo emergiu como um atributo pertinente da investigação clínica e da formulação de políticas de saúde. Tradicionalmente, o atendimento na área da saúde era focalizado no diagnóstico e tratamento, e o resultado era mensurado através de indicadores objetivos: morbidade e mortalidade. Nas últimas décadas, este enfoque tem mudado, e o resultado das condutas na área da saúde tem sido avaliado, também, através de variáveis subjetivas, que incorporam as percepções dos pacientes em relação ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida.

Assim, nas últimas três décadas, as discussões sobre o constructo qualidade de vida geraram alterações na forma de avaliar. A mudança mais importante de avaliação foi baseada na medida de parâmetros objetivos para outra, que leva em consideração a percepção subjetiva do indivíduo de sua própria condição. E não menos importante, mas decorrente desta, foi a mudança de uma avaliação baseada na impressão do pesquisador para aquela onde o julgamento é dado pelo próprio indivíduo, que é o único que sente e que pode avaliar subjetivamente sua situação, segundo *The WHOQOL Group* (1993), Bowling (1995) e Tamburini (1998).

Ao mesmo tempo, na segunda metade deste século, o mundo foi surpreendido por um novo fenômeno: as populações de praticamente todos os países, desenvolvidos e em desenvolvimento, o Brasil inclusive, estão em processo de envelhecimento, isto é, a proporção de idosos (pessoas de 60 anos ou mais) está aumentando progressivamente, já atingindo em alguns países 22%, o que altera a estrutura etária das populações (PASCHOAL, 2000). A partir de 1960, afirma o autor, o grupo de idosos vem crescendo, proporcionalmente, oito vezes mais que os jovens e duas vezes mais que a população total.

Atualmente, existem dezesseis milhões de brasileiros que estão acima de 60 anos, idade limite adotado pela Organização Mundial da Saúde nos países em desenvolvimento, número este que contemplará, numa projeção para o ano de 2050, somente idosos de 80 anos ou mais (IBGE, 2003 e 2004). A terceira idade depara-se com questões peculiares, que devem ser avaliadas pormenorizadamente pelos profissionais da saúde.

A evolução da vida pode ser vista como uma lenta transformação, quando vão sendo descobertas circunstâncias novas que o ciclo vital oferece. Com o avançar da idade, vão ocorrendo, inevitavelmente, alterações estruturais e funcionais que, hipoteticamente, são comuns a todos os indivíduos por serem consideradas próprias do processo do envelhecimento. Contudo, estudos populacionais (ARGIMON e STEIN, 2005) têm demonstrado que o intelecto e demais funções mentais podem ser preservadas com o envelhecimento normal. Dessa forma, quando ocorre insuficiência das funções cerebrais, esta não pode ser considerada consequência normal do processo de envelhecimento, mas pode representar o impacto de estados mórbidos de uma prevalência, que tende a aumentar nas idades mais avançadas.

A implementação de estudos em idosos que apresentem um perfil biopsicossocial considerado de boa qualidade é crucial para tentar apresentar novas formas de intervir no aumento da qualidade de vida e longevidade. Os estereótipos, a confusão entre envelhecimento normal e patológico e a desatenção aos sintomas da idade retardam ou impedem intervenções eficazes, o que pode ter consequências negativas para a vida do idoso e sua qualidade, se não ocorrer um cuidado maior com esta fase do ciclo vital. O envelhecimento humano é um processo biológico natural, caracterizado por uma série de alterações morfofisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acontecem no organismo ao longo da vida.

Pesquisas têm sido realizadas para esclarecer os fatores que contribuem para o chamado “envelhecimento bem-sucedido”. Esta seria uma condição individual e grupal de

bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história pessoal e seu grupo etário (ARGIMON e STEIN, 2005).

Os pesquisadores *The WHOQOL Group* (1995), incluem no constructo Qualidade de Vida, mais de três dimensões, como por exemplo, a física, psicológica e social, sempre na direção da subjetividade (como os indivíduos percebem seu estado físico, seu estado cognitivo e afetivo e suas relações interpessoais e os papéis sociais em suas vidas), multidimensionalidade e inclusão de dimensões positivas e negativas. Neri (1993) afirma que, nessa fase da vida, a promoção de boa qualidade de vida é um empreendimento de caráter sociocultural, ultrapassando os limites da responsabilidade pessoal. Qualidade de vida depende, portanto, não apenas do indivíduo, mas de sua interação com os outros e com a sociedade. Mostra que há uma multiplicidade de critérios e de indicadores, cada um influenciando de maneira diferente a vida das pessoas, com impacto desigual sobre o bem-estar subjetivo.

O presente estudo contemplou a investigação da relação entre o locus de controle de saúde e a qualidade de vida no idoso. Locus de controle é um dos fatores do bem-estar subjetivo, o qual está inserido no conceito de qualidade de vida. Lemos e Medeiros (2002) defendem que a autonomia e a independência, entre os idosos, são ótimos indicadores de saúde. A incapacidade de alterar o meio físico e social deixa nas pessoas uma sensação de fracasso. Se atribuírem seu fracasso a deficiências pessoais, generalizadas e duradouras, poderão ser acometidas de sensação de ineficácia. Isso depende de como os idosos enxergam sua vida: se vêem apenas perdas e declínio, ou se enxergam as reservas que ainda têm e o potencial de desenvolver novas habilidades, compensando as perdas. O senso de ineficácia pode ser exacerbado por diferentes preconceitos, dos idosos e da sociedade. Assim, quanto maiores o senso de controle pessoal e a capacidade de decisão e comando, mais intensos são

os sentimentos de satisfação; quanto menores, maiores as possibilidades de depressão, preocupação e desamparo.

Rotter (1966) propôs o conceito de locus de controle interligado à teoria de aprendizagem social por acreditar que o comportamento humano é adquirido por meio de experiências sociais. Através da aprendizagem social, os indivíduos adquirem percepção sobre os acontecimentos para explicar os motivos e o porquê dos fatos que ocorrem em sua vida. O locus de controle é abordado por Rotter como uma forma de explicar diferenças na personalidade, quanto às crenças que as pessoas possuem sobre a fonte de reforço, se ele advém do seu próprio comportamento ou por forças externas.

Segundo Figueredo (2005), o locus de controle está de acordo com a percepção do indivíduo que, ou considera que os acontecimentos da vida ocorrem por conta de fontes externas, ou seja, que existem outras entidades, como seres divinos, destino e outros indivíduos que controlam as circunstâncias; ou que acredita que os fatos são oriundos de si, de sua própria capacidade ou esforço, ou seja, de fontes internas. Dependendo de como o idoso percebe os acontecimentos, ele poderá ter melhores condições psíquicas de preservar sua qualidade de vida. Esses estudos (CIANFLONE, 1996; SALGADO e SOUZA, 2003; ABBAD e MENESES, 2004; ARAÚJO, LINHARES e COELHO, 2004; INSFRÁN, 2004; FIGUEREDO, 2005) apontam essa variável como de valor significativo na qualidade de vida dos indivíduos.

Levando em consideração que o constructo locus de controle tem influência em várias áreas de estudo e investigação da Psicologia e que as características encontradas para internalidade e externalidade podem determinar conseqüências em vários aspectos da vida das pessoas, no presente estudo examinou-se especificamente o locus de controle de saúde relacionado à qualidade de vida nos idosos.

Método

a) Delineamento

O delineamento é de um estudo quantitativo, do tipo transversal, correlacional.

b) Participantes

Participaram do estudo 113 idosos, numa amostra aleatória com 95% de confiança e 9,2% de erro máximo, constituída na população geral através do cálculo amostral, de ambos os sexos, na faixa etária compreendida entre 60 e 98 anos, nível socioeconômico médio, escolaridade variada de 0 a 17 anos, residente na comunidade de Veranópolis (RS). A amostra utilizada foi a partir de 60 anos, já que no Brasil e nos outros países em desenvolvimento é este o início da terceira idade estipulado pela Organização Mundial da Saúde.

Os participantes da pesquisa são integrantes do Projeto Longevidade, resultado de uma parceria da Prefeitura Municipal de Veranópolis com o Instituto de Geriatria e Gerontologia do Hospital São Lucas da PUC-RS, existente há mais de dez anos.

c) Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Ficha de Dados Sociodemográficos, Escala de Locus de Controle da Saúde (MHLC) e Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida (*WHOQOL-Bref*), que obedeceu a respectiva ordem citada.

A escolha destes instrumentos está relacionada ao fato de serem objetivos, precisos, concisos, de fácil utilização e conseqüente avaliação e apresentarem bons resultados de validade e consistência na avaliação dos aspectos que fazem parte do estudo. São descritos a seguir:

A Ficha de Dados Sociodemográficos consiste de itens referentes à identificação dos idosos, tais como: idade, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação, dados culturais, financeiros, lazer, situação de saúde, medicação, hospitalizações prévias, hábitos de uso de bebida e tabaco. Ela apresenta 27 questões objetivas, já utilizadas em um projeto maior que está envolvido no grupo de pesquisa que a pesquisadora está inserida.

A Escala de Locus de Controle da Saúde (WALLSTON, WALLSTON e DEVELLIS, 1978), traduzida e validada para uso no Brasil por Della-Coleta (1990, 1993), compreende três dimensões: Internalidade, Outros Poderosos e Acaso/Sorte. Os escores fornecem, respectivamente, o grau em que a pessoa acredita em si mesmo, em pessoas poderosas, e o acaso como fonte de controle de saúde. Os 18 itens são apresentados aos idosos como uma escala única e respondidos na forma *Likert*, com cinco níveis de resposta, conforme se segue: concorda totalmente, de acordo em sua maior parte, em dúvida, em desacordo em sua maior parte e totalmente em desacordo. Os escores variam entre 6 e 30 pontos, quanto maior o valor, menor a crença de que cada fator respectivo controle a sua saúde.

O WHOQOL-*Bref* é uma escala dentro de uma perspectiva transcultural para medir qualidade de vida em adultos, onde considerou como características fundamentais o caráter subjetivo da qualidade de vida e sua natureza multidimensional. O WHOQOL-*Bref* é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida, e as demais 24 representam os quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O instrumento foi testado adequadamente em português (FLECK et al., 2000).

d) Procedimentos

Após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética da PUCRS, um estudo piloto foi realizado para identificar necessidades de possíveis ajustes como: formas de aplicação, ordem dos instrumentos e tempo necessário para aplicação dos mesmos. Após o sorteio dos componentes da amostra, foi realizado contato com os idosos através de um programa coordenado pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS na cidade de Veranópolis.

Os participantes, após conhecerem os objetivos da pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, preencheram a ficha de dados sociodemográficos e os outros dois instrumentos. A aplicação dos instrumentos levou cerca de 45 minutos. Os participantes da amostra piloto não fizeram parte dos resultados posteriores.

A análise quantitativa foi efetivada através do *Statistical Package for the Social Sciences* – versão 11.5 para *Windows*, e estatísticas descritivas dos dados, incluindo média e desvio padrão, frequências e percentuais, foram utilizados para elaboração de um perfil sociodemográfico dos participantes. As análises inferenciais empregadas foram: coeficiente de correlação de *Pearson*, teste t de *Student*, Análise de Variância (ANOVA) e regressão linear múltipla. Foram consideradas estatisticamente significativas as associações com valores de p menores que 0,05.

Resultados

As características sociodemográficas da amostra do estudo são as seguintes: dos 113 idosos que constituíram a amostra, a idade variou entre 60 a 98 anos, tendo como média a idade de 69,42 anos. No que se refere à escolaridade, a média foi de 4,27 anos e variou de 0 a 17 anos. A maioria dos idosos sabia ler e escrever. A amostra foi constituída de 15,93% de idosos do sexo masculino e 84,07% do sexo feminino. O estado civil dos idosos apresentou a seguinte porcentagem: 58,4% dos idosos eram casados, 3,5% solteiros, 33,6% viúvos e 4,4% separados. Destes idosos 86,49% moravam junto a outros familiares e 13,5% residiam sozinhos.

A maioria dos idosos não era fumante (95,58%) e costumava ingerir bebida alcoólica (61,95%). Em relação ao motivo de preocupação atual, o mais citado foi a moradia (98,23%), em seguida, a preocupação financeira (80,53%) e, por último, a família (68,14%). A saúde foi a preocupação menos citada por 58,41% dos idosos. Outros motivos citados foram: assalto, processo na justiça, aposentadoria, violência e serviço de casa.

Quando os idosos foram questionados sobre seu estado de saúde, 41,59% deles respondeu que estava bom, 47,79% estava regular, e 10,62% respondeu que estava ruim. Em relação ao lazer, a maioria dos idosos (99,12%) respondeu que possuem lazer. As opções eram: leitura (45,13%), música (57,52%), palavras cruzadas (17,70%), bingo (26,55%),

novela (68,14%), futebol (16,81%), bocha (10,62%), baralho (37,17%), cinema (6,19%), jogo de damas (2,65%), atividades manuais (67,26%), praia (38,05%), serra (15,04%), caminhada (68,14%), baile (58,41%) e atividades na igreja (92,92%). O número de atividades de lazer apresentado pelos idosos variou de nenhum (0,88%) até 14 (0,88%), sendo que a maioria escolheu 7 (14,16%) atividades.

Os resultados indicaram que existe correlação significativa entre: o domínio físico, locus de internalidade ($r=0,220$; $p=0,019$), anos de escolaridade ($r=0,206$; $p=0,029$) e número de atividades de lazer ($r=0,282$; $p=0,002$); o domínio psicológico e o número de atividades de lazer ($r=0,320$; $p=0,001$); o domínio relações sociais e locus de internalidade ($r=0,214$; $p=0,023$); e entre o domínio meio ambiente e o número de atividades de lazer ($r=0,320$; $p=0,001$). De um modo geral, quanto mais os idosos apresentaram uma vida ativa, maior era a sua qualidade de vida.

Através do teste t de *Student* observou-se que não houve diferença entre os domínios da qualidade de vida e os estados civis, e entre os domínios e os tipos de locus de controle, quanto ao ato de fumar. Encontrou-se diferença significativa entre:

- a) o domínio físico e as pessoas que bebem e as que não bebem ($p=0,013$), onde as pessoas que bebem apresentaram um resultado inferior na qualidade de vida;
- b) o locus de internalidade e as pessoas com preocupação financeira ($p=0,019$), onde as pessoas com preocupação financeira apresentam um valor inferior no locus de internalidade;
- c) o domínio físico ($p=0,008$), locus de controle outros poderosos ($p=0,017$), locus acaso/sorte ($p=0,007$) quanto à preocupação de saúde, onde todos estes resultados são desfavoráveis para as pessoas que possuem preocupações com a saúde;
- d) o domínio psicológico ($p<0,001$) e domínio meio ambiente ($p=0,029$) quanto a preocupação com a família, onde a qualidade de vida foi inferior aos que não possuem preocupação com a família.

Analisando os dados com base na ANOVA, percebeu-se que as pessoas que declararam que sua saúde estava boa apresentaram uma qualidade de vida superior em todos os domínios da QV e maior locus de controle de internalidade.

Através da regressão linear múltipla, controlando para diferentes fatores, observou-se que houve relação estatisticamente significativa entre:

- a) o domínio físico e a pergunta “como percebe a saúde” e “costumam beber”;
- b) o domínio psicológico e “número de atividades de lazer”, “seu maior motivo de preocupação atualmente é a família” e “como está sua saúde”;
- c) o domínio relações sociais e “como está sua saúde”;
- d) o domínio meio ambiente, “número de atividades de lazer”, “seu maior motivo de preocupação atualmente é a família” e “como está sua saúde”;
- e) locus de internalidade e “como está sua saúde”.

Discussão e conclusões

Parece pertinente iniciar a discussão com o perfil da amostra que é peculiar por serem residentes de Veranópolis, a cidade do Brasil referida como uma das cidades de maior qualidade de vida na terceira idade nomeada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Sendo assim, já é uma população privilegiada e com fatores específicos da cultura local que favorecem a maior longevidade e qualidade de vida.

De início, a amostra apresentou características que parecem não estar de acordo com a literatura na área, quando demonstram em seus estudos que os idosos em sua maioria são viúvos. No presente estudo, a amostra foi constituída de 58,4% de casados, o que pode modificar a dinâmica das inter-relações e o dia-a-dia do idoso. O casal idoso tenderá a possuir mais relações e variedades nas suas relações sociais, já que irá conviver também com os companheiros do seu parceiro, aumentando, talvez, sua rede social. No entanto, o fato de a

maioria dos idosos da amostra ser casado não está ligado significativamente ao fato de apresentarem uma maior qualidade de vida.

Outro dado do perfil é a média do número de atividades de lazer realizadas pelos idosos, em torno de 7 atividades. Entre as atividades escolhidas, a que mais se destacou foi a atividade vinculada à igreja, escolhida por 92,92%. Estes dados podem ser outro indicativo do quanto estes idosos estão envolvidos com atividades de sua comunidade e podem se beneficiar através delas. No entanto, atividades vinculadas à igreja não apresentaram relação significativa com a qualidade de vida, contrariando alguns estudos recentes sobre o assunto.

Relativamente à correlação significativa entre o domínio físico, locus de internalidade, escolaridade e número de atividades de lazer, todas referem-se direta ou indiretamente a uma vida ativa, com condições de instrução que facilitam o seu vínculo e entendimento dos acontecimentos na sociedade, e podem favorecer, conseqüentemente, o domínio físico. Pessoas de maior escolaridade podem ter desempenhado trabalho fisicamente menos desgastante, podem ter tido mais acesso à saúde, bem como podem ter menos dificuldades em entender ordens e prescrições médicas. A atividade necessária vinculada ao movimento espacial que o idoso precisa realizar para conseguir abarcar estas variáveis favorece possivelmente o domínio físico.

Outra relação interessante que se apresentou foi a do locus de controle de internalidade com as variáveis citadas acima, que corrobora vários estudos que indicam que este locus está ligado a uma maior capacidade de aprendizagem, motivação e controle da vida pessoal, já que este tipo de locus, conforme o estudo de Salgado e Souza (2003), aponta para a capacidade de a pessoa conseguir lidar com os acontecimentos que a rodeiam, devido ao fato de possuírem a crença de que são responsáveis pelo que acontece a ela, gerando uma sensação de controle pessoal e eficácia. Assim, o idoso que apresentou maior locus de controle interno apresentou melhores condições de qualidade de vida. Aqui, pode-se pensar numa intervenção psicológica

preventiva antes da chegada da terceira idade para incrementar o locus de controle interno e beneficiar a manutenção de uma vida longa com qualidade.

A ligação significativa existente entre o domínio relações sociais e o locus de internalidade também está conectada às questões acima apresentadas e corrobora a literatura existente (PASCHOAL, 2000). Ao contrário do que se deva imaginar, alguns estressores, como a preocupação com amigos ou familiares, podem beneficiar a manutenção do senso de significado pessoal do idoso. A preocupação rotineira com a rede de amigos e familiares pode significar para ele transcender as limitações e incapacidades e manter-se prestativo à sociedade e aos seus entes queridos.

O locus de controle interno facilita esta retroalimentação, pois, como o idoso acredita que aquela pessoa ou situação depende dele para se modificar, fará o possível para interferir e alcançar o desejado. Esta relação foi observada neste estudo, onde os idosos que expressaram preocupação com os familiares possuíam melhor qualidade de vida no domínio psicológico e meio ambiente do que os idosos que não se preocupavam com seus familiares. Se o idoso apresentasse um locus de externalidade maior, então, poderia decidir por outras formas mais indiretas de intervir, e, por isso, o resultado das situações não estaria ligado nem ao idoso nem ao seu senso de significado pessoal. A literatura afirma que, quanto maior a rede social do idoso, maior qualidade de vida ele terá, o que se confirmou neste estudo.

A incapacidade de alterar o meio físico e social, segundo Neri (1993), deixa no idoso uma sensação de fracasso. Então, se ele não atribuir seu fracasso a deficiências pessoais, no caso de possuir maior locus de controle interno, não será acometido de sensação de ineficácia.; pelo contrário, como demonstrou este estudo, maiores os sentimentos de satisfação e adaptação do idoso. E essas questões no idoso são muito importantes, uma vez que, com a idade, aumenta a probabilidade de experimentação de perdas.

Quanto à correlação significativa entre o domínio psicológico e o número de atividades de lazer, pode-se pensar que, quanto maior o bem-estar psicológico do idoso, maior

a motivação dele para incrementar suas atividades no dia-a-dia e, por conseguinte, o número de atividades de lazer. Segundo a literatura existente, a pessoa que está bem consigo é predisposta a interagir mais.

Outra questão em que este estudo não confirmou estudos anteriores foi a tendência não identificada de os idosos avaliarem de forma otimista o seu estado de saúde, já que 47,79% dos idosos expressou que a saúde se apresentava regular. Talvez este fato se deva à alta qualidade de vida de Veranópolis. A expectativa de não estar com seu estado de saúde bom pode estar vinculada a comparações realizadas entre os idosos que apresentam uma saúde melhor e, assim, aspirarem uma saúde melhor como seu amigo ou sua amiga. O que não pode ocorrer é desprezar este dado e cair no estereótipo, que está próprio para a idade, sem pesquisar profundamente o que ocorreu e por que a percepção subjetiva do idoso não está boa em relação a sua saúde, se a sua qualidade de vida está alta.

A relação significativa entre o domínio meio ambiente e o número de atividades de lazer pode estar vinculada ao fato de os idosos da amostra possuírem um nível econômico médio e, por isso, possuírem condições de realizarem diversas atividades prazerosas. E também, se o idoso está satisfeito com o seu meio ambiente, é provável que ele irá, cada vez mais, querer explorá-lo nos momentos de lazer. Então, se ele possuir alto índice no domínio meio ambiente, apresentará um maior número de atividades de lazer.

A relação significativa entre o domínio físico e as pessoas que bebem e as que não bebem aponta para um dado que está sendo questionado atualmente: o uso de álcool, no caso o vinho, como um aliado à saúde. Pode se perceber no estudo que os idosos que bebem apresentaram um resultado inferior no domínio físico da qualidade de vida. Assim, é questionável e bastante controverso a vários estudos afirmar que o vinho é um aliado à saúde, sem especificar a quantidade de uso diário e suas contra-indicações.

A relação inversa entre lócus de internalidade e as pessoas com preocupação financeira pode ter sido apresentada pelo fato de as pessoas com menor lócus de controle

interno se sentirem menos responsáveis pelas situações que a vida apresenta. No entanto, é uma questão externa e também dependente de fatores que fogem do controle pessoal, como, por exemplo, a desvalorização do real, o baixo valor da aposentadoria, o falecimento de um ente que os ajudava financeiramente, e, devido a isso, podem se sentir menos mobilizados com a questão.

O estudo também acusou a relação significativa entre: domínio físico, locus de controle outros poderosos, locus de controle acaso/sorte quanto à preocupação de saúde, onde todos que se preocupam com a saúde apresentaram resultados desfavoráveis, corroborando com o entendimento realizado anteriormente. Pode-se pensar que as pessoas que possuem locus de controle externo, ou seja, acreditam que os acontecimentos da vida ocorrem por conta de fontes externas, como por exemplo, o destino ou sorte, não esperam controlar o resultado e, por isso, podem perder oportunidades de alcançar um melhor desempenho.

As pessoas de locus externo, segundo o estudo de Carlisle-Frank (1991), são mais passivas, menos sensíveis sobre as suas condições de saúde, não tentam melhorar através de seus esforços seu funcionamento físico e são mais suscetíveis à disfunção física. Elas podem ter apresentado uma ligação com o domínio físico e a preocupação com a saúde por estarem mais enfermas ou por apresentarem uma visão mais negativa que os idosos de locus interno.

O locus de controle externo (SALGADO e SOUZA, 2003) está associado a depressão e dificuldade de ajustamento psicossocial. Por outro lado, os fatores externos que afetam o nível de externalidade não devem ser esquecidos, como por exemplo, doenças congênitas. A importância de fatores do ambiente macrossocial na explicação de locus precisa ser mais bem investigada, o que é um dos limites deste estudo.

É importante ressaltar que o desenho transversal deste estudo permite a identificação de associações, mas não possibilita a determinação de relação causal.

Considerações Finais

Devido às peculiaridades do envelhecimento e, em particular, da situação da velhice no Brasil, aliadas ao restrito número de estudos específicos para essa população, há necessidade de se avaliar a fundo as variáveis determinantes da qualidade de vida no país. Com base no que foi exposto, é possível considerar a relevância que a investigação da relação entre qualidade de vida em idosos e locus de controle na formação dos profissionais de saúde, assim como propicia importantes subsídios para a compreensão de necessidades específicas do idoso brasileiro. Dentre as dimensões averiguadas, destacou-se a prevalência da variável internalidade entre os idosos com maior qualidade de vida. Dentre as dimensões comportamentais, foi de especial importância a predominância de idosos mais ativos, os que possuem maior qualidade de vida.

Nessa perspectiva, é importante enfatizar as associações positivas que essas características têm com a manutenção da qualidade de vida no idoso, o que torna especialmente profícuo o desenvolvimento posterior de propostas de intervenção psicológica favorecedoras do locus de internalidade.

Aqui estão os resultados iniciais que mostram a importância das variáveis subjetivas controlando as respostas da qualidade de vida. Outros estudos são sugeridos a fim de confirmar ou levantar outras hipóteses acerca de quais variáveis podem estar relacionadas à qualidade de vida no idoso. A maneira como se percebe uma situação está relacionada à interpretação e às expectativas que tem-se dela, o que depende da história de vida do idoso e das estratégias que este utiliza para ajustar-se as suas condições de saúde.

Referências

- ABBAD, Gardênia; MENESES, Pedro M. Locus de controle: validação de uma escala em situação de treinamento. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 441-450, 2004.
- ARAÚJO, A.; LINHARES, C.; COELHO, M.. O que há de psicológico na dor crônica: uma reflexão sobre o acompanhamento psicológico a pacientes com dor crônica. **CienteFico**, v. 1, Salvador, jan. 2004.

ARGIMON, Irani Iracema de Lima; STEIN, Lílian M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 64-72, 2005.

BOWLING, A. Health Related Quality of Life: discussion of the concept, its use and measurement. In: BOWLING, A. (ed.). **Measuring Disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales**. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1995, p. 278-281.

CARLISLE-FRANK, P. Examining personal control beliefs as a mediating variable in the health-damaging behavior of substance use: an alternative approach. **The Journal of Psychology**, v. 125, n. 4, p. 381-397, 1991.

CIANFLONE, A. R. Características individuais e aprendizagem: alguns subsídios para a formação do estudante de medicina. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 414-419, out. 1996.

DELLA-COLETA, M. **Locus de control de la salud y comportamientos preventivos del cancer en mujeres**. Trabalho apresentado no 3º Encuentro Venezolano Sobre Motivación. Mérida, Venezuela, 1990.

_____. **Prevenção da AIDS entre universitários sexualmente ativos**. Trabalho apresentado no XXIV Congresso Interamericano de Psicologia. Santiago, Chile, 1993.

FIGUEREDO, Patrícia Vieira. A influência do locus de controle conjugal, das habilidades sociais conjugais e da comunicação conjugal na satisfação com o casamento. **Ciência e Cognição (On line)**, v. 6, p.123-132, 2005.

FLECK, M. P. A.; LOUSADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V.. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-Bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p.178-183, 2000.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2002: Microdados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

_____. **Projeção da população do Brasil para o período 1980-2050: Revisão 2004**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

INSFRÁN, Fernanda Fochi Nogueira. **Lócus de Controle e Bem-estar Subjetivo em Estudantes de um Pré-Vestibular Comunitário**: contribuições da Psicologia Humanista e da Pedagogia Progressista. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004, 159p. Dissertação (Mestrado de Psicologia). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2004.

LEMOS, Naira; MEDEIROS, Sônia Lima. Suporte Social ao Idoso Dependente. In: FREITAS, Elizabete Viana; PY, Ligia; NERI, Anita Liberalesso; XAVIER, Flávio Aluizio; GORZONI, Milton Luiz; ROCHA, Sônia Maria da (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 892-897.

NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papirus, 1993, p. 9-55.

PASCHOAL, Sérgio Marcio Pacheco. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 263 p. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 2000.

ROTTER, J. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychol. Monographs**, v. 80, n. 609, 1966.

SALGADO, P. B.; SOUZA, E. P. Variáveis psicológicas envolvidas na qualidade de vida de portadores de epilepsia. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 1 p.165-168, 2003.

TAMBURINI, M. Twenty years of research on the evaluation of quality of life in medicine. In: TAMBURINI, M. Quality of Life Assessment . GLAMM Interactive. CD-ROM for Windows 95 & 98, 3 ed., 1998.

The WHOQOL Group. Study Protocol for The World Health Organization project to develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). **Qual. Life Res.**, v. 2, p.153-159, 1993.

_____. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WALLSTON, K. A.; WALLSTON, B. S.; DeVELLIS, R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. **Health Education Monographs**, n. 6, p. 161-170, 1978.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar nas relações existentes entre o tipo de locus de controle do idoso e suas repercussões na qualidade de vida foi a questão principal que norteou este estudo. Agregada a essa motivação, buscou-se também investigar quais outras características do perfil sociodemográfico do idoso que poderiam interferir na qualidade de vida.

Respondendo às hipóteses iniciais do projeto, o estudo empírico evidenciou que, neste grupo pesquisado, a qualidade de vida do idoso está associada ao tipo de locus de controle de saúde, pois os idosos que apresentaram um tipo de locus interno predominante demonstraram qualidade de vida maior. No que se refere às relações entre características do perfil sociodemográfico, os idosos com maior escolaridade e número de atividades de lazer apresentaram maior qualidade de vida.

Não houve associação significativa entre o estado civil, se trabalha atualmente e se mora ou não com alguém e a qualidade de vida. Esses achados indicam que o tipo de locus de controle de saúde influencia a qualidade de vida.

O contato direto com os idosos que expressaram muitos sentimentos que ampliaram as respostas dos instrumentos, além das revisões teóricas realizadas, permitiu observar que o locus de controle abrange todas as dimensões do ser humano. E a construção de uma qualidade de vida alta na terceira idade depende também de fatores contextuais de vida os quais podem influenciar já desde o início do processo de envelhecimento.

Uma reflexão que este estudo proporcionou é que o tipo de locus de controle do idoso e a sua relação com a qualidade de vida é um processo complexo. A terceira idade é um momento importante em que se expressam os vínculos desenvolvidos no decorrer da vida, o que, por sua vez, interfere na forma que o idoso irá lidar com as vivências próprias desse momento, como por exemplo, perdas e doença. Contudo, como também são apontadas na literatura, muitas variáveis sociodemográficas influenciam a qualidade de vida do idoso, o que

leva a pensar que o idoso, num país como o Brasil, precisa possuir, como direito, condições dignas de sobrevivência, podendo gozar da aposentadoria verdadeiramente.

Observa-se que, ao longo do desenvolvimento, o ser humano estrutura um estilo de locus de controle que se reflete nas suas várias relações com o mundo ao seu redor e consigo mesmo. Esse padrão de locus de controle pode influenciar a forma de o idoso estar se relacionando com as suas experiências e desejos. Portanto considera-se que o locus de controle é fundamental na compreensão da qualidade de vida no ciclo vital, e, através desse conhecimento, é possível a adoção de medidas preventivas que favoreçam o processo de envelhecimento humano com qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbad, G., & Meneses, Pedro M. (2004). Locus de controle: validação de uma escala em situação de treinamento. Estudos de Psicologia, 9(3), 441-450.
- Araújo, A., Linhares, C., & Coelho, M. (2004). O que há de psicológico na dor crônica: uma reflexão sobre o acompanhamento psicológico a pacientes com dor crônica. CienteFico, 1.
- Cianflone, A. R. (1996). Características individuais e aprendizagem: alguns subsídios para a formação do estudante de medicina. Medicina, 29, 414-419.
- Figueredo, P. V. (2005). A influência do locus de controle conjugal, das habilidades sociais conjugais e da comunicação conjugal na satisfação com o casamento. Ciência e Cognição, 6, 123-132.
- Henderson, J. P. (2002). The effects of self-efficacy for coping, constructed meaning, and spirituality on the quality of life in men with prostate cancer. Tese de Pós-Doutorado não publicada, Universidade do Estado do Tennessee, Estados Unidos.
- Insfrán, F. F. N. (2004). Locus de Controle e Bem-estar Subjetivo em Estudantes de um Pré-Vestibular Comunitário: Contribuições da Psicologia Humanista e da Pedagogia Progressista. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Jackobsson, U., Klevsgard, R., Westergren, A., & Hallberg, I. R. (2003). Old people in pain: a comparative study. Journal of Pain and Symptom Management, 26(1), 625-636.
- Lemos, N., & Medeiros, S.L. (2002). Suporte social ao idoso dependente. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. K. Gorzoni, & S. M. Rocha, S. M. (Eds.), Tratado de geriatria e gerontologia (pp. 892-897). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- McKenna, M. C. (2002). Development and validation of the Quality of Life Scale for the Elderly (QLSE). Psyco Info, 62(11-B), 5383.
- Neri, L. (1993). Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A. L. Néri (Org.), Qualidade de vida e idade madura (pp. 9-55). Campinas, SP: Papirus.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2000). Desenvolvimento humano (7 ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Salgado, P. B.; & Souza, E. P. (2003) Variáveis psicológicas envolvidas na qualidade de vida de portadores de epilepsia. Estudos de Psicologia, 8(1), 165-168.
- Trentini, C. M. (2004). Qualidade de vida em idosos. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.