

**UNIVERSIDADE VILA VELHA - ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
CIÊNCIAS SOCIAIS PUC - SP**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

CINTIA RIBEIRO MUÑOZ

**ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA:
Avaliação de um Grupo de idosos da Associação Laramar
no Município de Vila Velha -ES**

VILA VELHA

2012

**UNIVERSIDADE VILA VELHA-ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO ASSOCIADO AO PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-
GRADUADOS EM CIÊNCIAS SOCIAIS – PUC/SP
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

CÍNTIA RIBEIRO MUÑOZ

**ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA:
Avaliação de um Grupo de idosos da Associação Laramar
no Município de Vila Velha -ES**

VILA VELHA

2012

**UNIVERSIDADE VILA VELHA - ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM CIÊNCIAS
SOCIAIS PUC - SP**

ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA:
Avaliação de um Grupo de idosos da Associação Laramar
no Município de Vila Velha -ES

Dissertação apresentada à
Universidade Vila Velha – ES, como
pré-requisito do Programa de Pós-
Graduação em Ciências Sociais,
associado ao Programa de Estudos
Pós-Graduados em Ciências Sociais
PUC–SP, para a obtenção do título de
Mestre em Ciências Sociais.

CINTIA RIBEIRO MUÑOZ

Orientador:
Prof^a. Dr^a. Teresa da Silva Rosa

VILA VELHA

2012

Catálogo na publicação elaborada pela Biblioteca Central / UVV-ES

M967e Muñóz, Cíntia Ribeiro.

Envelhecimento e qualidade de vida : avaliação de um grupo de idosos da Associação Laramar no Município de Vila Velha-ES / Cíntia Ribeiro Muñóz. – 2012.

72 f. : il.

Orientadora: Teresa da Silva Rosa.

Co-orientadora: Maria Helena Villas Boas Concone.

Dissertação (mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Vila Velha, 2012.

Inclui bibliografias.

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA:
AVALIAÇÃO DE UM GRUPO DE IDOSOS DA ASSOCIAÇÃO
LARAMAR NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA - ES**

CINTIA RIBEIRO MUÑOZ

Aprovada em 14 de maio de 2012.

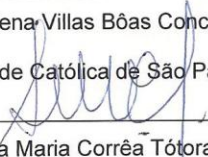
COMISSÃO EXAMINADORA



Profª. Drª. Teresa Cristina da Silva Rosa
Universidade Vila Velha-ES



Profª. Drª. Maria Helena Villas Bôas Concione
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo



Profª. Drª. Silvana Maria Corrêa Tótora
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

AGRADECIMENTOS

À Deus pela permissão de mais uma conquista profissional.

À minha orientadora que me auxiliou em todas as etapas desta pesquisa, pela competência e cuidado com que orientou este trabalho e pelo conhecimento transmitido.

À minha co-orientadora, que apesar da distância, contribuiu muito com suas opiniões e conhecimento.

Aos professores do programa, que contribuíram para o aprimoramento acadêmico.

À Universidade de Vila Velha, pela oportunidade de crescimento e aperfeiçoamento.

Aos meus pais, pelo apoio e carinho.

Ao meu noivo, pela paciência e pelo companheirismo.

À Professora e amiga Maria Araci Grapiúna Carvalho, pelo apoio e carinho durante o desenvolvimento da minha qualificação e revisão da ABNT.

À Ana Lúcia Tavares Monteiro pela sua colaboração no abstract.

À minha psicóloga Lorena Merizio, pelo apoio durante as terapias e o ensinamento.

À Laramar Souza, pela dedicação de muitos anos aos idosos da Praia da Costa, Vila Velha-ES.

A todos os idosos da Associação Laramar que responderam ao questionário, pela disponibilidade e confiança, tornando possível este trabalho.

RESUMO

Envelhecimento e qualidade de vida são temas de grande relevância social na Contemporaneidade em função do considerável crescimento da população idosa em números absolutos bem como do aumento da média de anos vividos. Tais fenômenos despertam a preocupação com a qualidade de vida desta população, constituindo-se em desafios que nem o governo nem a sociedade podem ignorar. Transformações biológicas, econômicas, culturais e sociais que ocorrem durante o processo de envelhecimento interferem na qualidade de vida do indivíduo. Uma nova imagem do idoso o reintegra à sociedade através da abertura de novos espaços que lhe oportunizam a participação em programas sociais, culturais e recreativos. O conceito de Qualidade de Vida (QV) é amplamente discutido e constantemente revisado, sobretudo no que se refere à população de idosos. Tem múltiplas dimensões, como, por exemplo, a física, a psicológica e social, cada uma comportando vários aspectos. Entre eles, a saúde percebida e a capacidade funcional são variáveis importantes, que devem ser avaliadas, assim como o bem-estar subjetivo, indicadas por satisfação. Baseado nisto, o trabalho objetivou avaliar, a partir da visão do idoso, como ele percebe, avalia a sua qualidade de vida. Participaram da pesquisa sessenta idosos da associação Laramar, sendo cinquenta e nove mulheres e um homem. O instrumento de coleta de dados foi através do questionário WHOQOL-Bref abreviado, constituído de 26 questões. O WHOQOL-Bref abreviado divide-se em quatro domínios, os quais se propõem a avaliar, respectivamente: capacidade física, bem-estar, psicológico, relações sociais e contexto ambiental. Além disso, constitui-se de um domínio que avalia a QV (qualidade de vida) global. Estas atividades são de grande importância para as pessoas idosas. É a falta de perspectivas que faz as pessoas se voltarem para o passado, vivendo de suas lembranças e fazendo destas uma defesa ou uma arma e isto, principalmente, quando o presente que vivem e o futuro que pressentem as decepcionam. O que equivale dizer que a falta de ocupação diária é maléfica para o idoso e pode provocar inúmeras alterações, levar ao sedentarismo, tendo como consequência doenças que modificam o comportamento social e pessoal.

Palavras chave: envelhecimento, qualidade de vida, WHOQOL-Bref abreviado.

ABSTRACT

Aging and quality of life are topics of great social relevance in the contemporary world due to the considerable growth of the elderly people in absolute numbers as well as to the increase in the average number of years lived. Such phenomena rise the concern about the quality of life of this population, which are challenges that neither the government or the society can ignore. Biological, economic, cultural and social changes that happen during the process of aging interfere in the individual's quality of life. A new image of the elderly reintegrates him in society through the opening of new spaces which give the opportunity of participating in social, cultural and leisure programs. The concept of quality of life is largely discussed and constantly revised, especially concerning the elderly population. It has multiple dimensions, such as physical, psychological and social, each one involving many aspects. Among them, perceived health and physical performance are important variables, which must be evaluated, as well as the subjective well-being, indicated by satisfaction. Based on that, this paper aimed at assessing, from the elderly point of view, how he perceives, evaluates his quality of life. Sixty elderly people from Laramar Association took part in this research, fifty-nine women and one man. The abbreviated WHOQOL-Bref questionnaire, with 26 questions, was used as data collection instrument. The WHOQOL-Bref questionnaire is divided into four domains, which intend to assess, respectively: physical capacity, well-being, psychological, social relations and environmental context. Apart from that, it is a domain which assesses the global quality of life. These activities are of great importance to the elderly people. It is the lack of perspectives which turns the people back to the past, living based on their memories and using them as a defense or a weapon, mainly when the present they are living and the future they foresee disappoint them. This means that the lack of daily activities is harmful to the elderly and can provoke many alterations, lead to sedentary lifestyle, and as a consequence, diseases which can modify the social and personal behaviour.

Keywords: aging, quality of life, WHOQOL-Bref abbreviated.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: um fenômeno complexo	19
2.1 O ENVELHECIMENTO	19
2.2. O ENVELHECIMENTO COMO FENÔMENO BIOLÓGICO	25
2.3. O ENVELHECIMENTO COMO FENÔMENO PSICOLÓGICO	30
2.4. O ENVELHECIMENTO COMO FENÔMENO SOCIAL	33
2.5. CONTRIBUIÇÃO TEÓRICA PARA A COMPREENSÃO DO FENÔMENO DO ENVELHECIMENTO	37
3 QUALIDADE DE VIDA	40
3.1 QUALIDADE DE VIDA: medida possível?	42
3.2 QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE	44
3.3 WHOQOL-100 BREF (abreviado) – caracterizando a escala	46
4 PESQUISA DE CAMPO	47
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DE IDOSOS	47
4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	47
5 RESULTADOS	49
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS RESPONDENTES	49
5.2 DOMÍNIOS	50
6 DISCUSSÃO	51
7 CONCLUSÃO	57
8 REFERÊNCIAS	60

1 INTRODUÇÃO

Envelhecimento e longevidade são, atualmente, temas de grande relevância social. Cresce consideravelmente a população idosa em números absolutos e aumenta a média de anos vividos. Segundo Teles (2007), o envelhecimento da população é uma tendência global, onde o número de pessoas acima de sessenta anos ou mais ultrapassará a proporção daqueles com menos de cinco anos, sendo provável que no futuro existam mais idosos do que crianças.

O envelhecimento populacional, que antes era uma peculiaridade dos países europeus, encontra-se hoje em nações que experimentam diferentes níveis de desenvolvimento e, em especial, o Brasil. O envelhecimento da população brasileira passa a ser notado a partir da década de 60, com o declínio das taxas de fecundidade e mortalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1984) considera velha a população cujo percentual mínimo de idosos for igual ou superior a 7%, com tendência a crescer rapidamente. A população brasileira pode ser considerada envelhecida, pois de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), os brasileiros com mais de 60 anos correspondem a 8,56% da população. As projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde estimam que no ano de 2025 os idosos representarão 15% da população brasileira, que é a atual proporção de idosos da maioria dos países europeus; em termos absolutos, serão mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, colocando o Brasil em 6º lugar no ranking entre os países com maior população idosa.

Embora o Brasil esteja posicionado entre as primeiras economias do mundo, ainda apresenta indicadores sociais que o situam entre os países em desenvolvimento. As diversidades em seu interior permitem observar “três Brasis” segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (PNUD/IPEA/2005), ao referir-se ao Índice de Desenvolvimento Humano. O primeiro é o Brasil desenvolvido, do Sul e Sudeste, com a boa escolaridade e expectativa de vida em torno de 70 anos. O segundo Brasil é uma região emergente, integrada por sete estados: Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso, Roraima, Rondônia, Amazonas e Amapá, considerada de médio desenvolvimento, com um produto interno bruto (PIB) per capita acima dos índices médios mundiais, e com esperança

de vida ao nascer em torno de 68 anos. E o terceiro Brasil está localizado no Nordeste, com as menores taxas de alfabetização, com o menor PIB per capita e com índices de esperança de vida médio que oscilam de 53,7% anos a 65,1 anos, abaixo, portanto, da média brasileira que é de 66,3 anos. O maior índice é o do Rio Grande do Sul com 74,6 anos de esperança de vida.

Para demonstrarmos o crescimento da população idosa no Brasil utilizamos, até então, o critério cronológico, considerando idoso o indivíduo com 60 anos ou mais. Entretanto, dizer que a velhice começa aos 60 ou 65 anos é produto de uma definição social bem como econômico como será visto a seguir. Segundo Neri e Freire (2000), o índice da velhice tem cronologicamente uma idade estabelecida pela sociedade em resposta às mudanças evolutivas comuns à maioria das pessoas dos vários grupos etários, considerando os fatores biológicos, históricos e sociais. Por exemplo, na França, no século XVII, a maior parte dos adultos morria entre os 30 e 40 anos, por causa da dureza do trabalho, da subalimentação e da higiene precária. Neste contexto, os quadragenários já eram considerados velhos (BEAUVOIR, 1990). Para Debert (1999), os critérios e normas da idade cronológica são impostos nas sociedades ocidentais por exigência das leis que determinam direitos e deveres do cidadão, citando como exemplos a maioridade legal e o direito à aposentadoria.

Ambas as citações mostram uma definição sócio-histórica e cultural para estabelecer o que se considera velho. Importante ressaltar a diferença entre envelhecimento e velhice. O envelhecimento é um processo biológico, universal embora variável segundo condições e até espécies. Velho é uma categoria sócio-cultural e histórica. O que há de comum entre as autoras citadas é o conceito de categorias de idade como construção social, ora como resposta às mudanças ora como imposição de leis, sem esquecer que as leis são fruto das mesmas sociedades e, também, mudam embora não haja necessariamente sincronia entre o conjunto de mudanças e as normas/leis escritas.

Identificamos ainda o critério econômico como referência para as categorias de idade utilizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) a fim de delimitar uma idade limite para o início da velhice, compreensível para uma sociedade organizada em função do processo de produção econômico, conforme consta na Resolução 39/125 de 1982, dividiu o ciclo de vida em três etapas ou idades, considerando o

homem enquanto força de trabalho, que produz e consome os bens produzidos (RODRIGUES, 2000).

A primeira idade, caracterizada como idade improdutiva, corresponde a das pessoas que só consomem, é o caso das crianças e adolescentes. Na segunda idade, idade ativa, situam-se as pessoas que produzem e consomem, é os jovens e adultos, que constituem a População Economicamente Ativa (PEA) de uma sociedade. As pessoas que já produziram e consumiram, mas que, pela aposentadoria já não produzem, mas consomem, constituem a terceira idade, que é idade inativa. Como na maioria dos países do mundo a aposentadoria começa aos 60 anos para as mulheres e 65 anos para os homens. A ONU sugere a idade de 60 anos para os países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento e 65 anos para os desenvolvidos. Esta distinção na idade referenciada entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento se deve ao fato de que a expectativa média de vida é maior nos primeiros, em torno de 77 anos, enquanto que nos outros ficava em 67 anos.

As idades limites consideradas pela ONU para caracterizar a terceira idade podem mudar em breve, pois a longevidade está aumentando também nos países subdesenvolvidos, deixando de ser aspecto diferencial para a questão do envelhecimento populacional. Além disto, o critério da idade cronológica, entretanto, não é suficiente e nem o mais adequado para estabelecer o início da velhice ou quando o indivíduo passa a ser considerado velho, pois ninguém envelhece de repente e nem da mesma forma. Caetano Veloso declarou em entrevista ao jornal Zero Hora (2002), alguns meses antes de completar 60 anos “eu ainda não decidi ficar velho.” E nem é possível imaginá-lo como tal, nem física, nem intelectualmente. Tem sido observado que algumas pessoas aos 70 anos conservam mais o vigor físico e a capacidade intelectual e outras menos, o que dependerá, entre outros fatores, do ambiente onde vivem, se mais ou menos estimulante, do tipo de profissão exercida e da alimentação.

A noção de envelhecimento está, habitualmente, associada a diferentes tipos de mudanças que ocorrem no indivíduo. Cabe atentar para pelos menos duas bem evidentes: as mudanças físicas, tais como, perda de força, diminuição da coordenação e do domínio do corpo e deterioração da saúde, entre outras, e às mudanças cognitivas evocadas por problemas na memória e na aquisição de novos

conhecimentos, omitindo-se as diferenças individuais e a relação com fatores ambientais e sociais. Estas alterações morfológicas e funcionais que ocorrem na velhice são consideradas normais e não constituem doença. Entretanto, na medida em que a idade avança, aumenta a probabilidade de doenças. Sendo este um fato de senso comum, a saúde constitui uma das principais preocupações das pessoas idosas, principalmente porque a doença impõe restrições à autonomia e à independência. Afinal, assusta a idéia de ter que depender de outros para as atividades de vida diária, básicas ou instrumentais, como a alimentação, higiene e deslocamentos.

As transformações biológicas, econômicas, culturais e sociais que ocorrem durante o processo de envelhecimento interferem na qualidade de vida do indivíduo. Tais fenômenos despertam a preocupação com a qualidade de vida, constituindo-se em desafio que o governo e a sociedade não podem ignorar.

Para a avaliação da qualidade de vida na velhice, Neri (1993), sugere que sejam considerados indicadores não só de natureza biológica, mas também, psicológicas e sócio cultural, que podem ser traduzidos em saúde física e mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, atividade, status social, renda e manutenção de uma rede de amigos. A promoção da boa qualidade de vida na velhice não é, portanto, somente uma responsabilidade individual, mas também das políticas públicas.

A associação de velhice a um processo de perdas e de dependência vem sendo substituída pela compreensão de que se trata de um estágio de vida propício para novas conquistas, guiadas pela busca do prazer e da satisfação pessoal.

Em meu trabalho profissional, acompanho as mudanças ocorridas na sociedade ao longo de 10 anos, no que se diz respeito ao comportamento deste grupo etário. Até então, mitos e preconceitos decorrentes de uma concepção inadequada de velhice, pautada tão somente nas perdas e limitações inerentes ao processo de envelhecimento, marcaram uma imagem de idoso, impregnada de inatividade, de superproteção e associada à doença.

A tendência atual é a de responsabilizar o indivíduo pela sua QV na velhice, da mesma forma que é responsabilizado pela sua saúde ou pela sua plasticidade

corporal em qualquer idade. Incentivados pela publicidade e por manuais de autoajuda, os indivíduos passam a exercer constante vigilância sobre o corpo na esperança de conquistar a aparência desejada e ver a doença como resultado do abuso corporal. Quanto aos empreendimentos da sociedade na criação de novos espaços para a velhice, desconsideram, na maioria das vezes, as situações de abandono e de dependência que ainda existem, voltando-se para uma nova imagem do idoso, resultante do movimento que se verifica na sociedade contemporânea de revisão dos estereótipos associados ao envelhecimento.

Se já não é possível perceber grandes diferenças no vestuário e no comportamento das pessoas que envelhecem, o mesmo não acontece com o corpo, que reflete ou demonstra que não são poucos os anos vividos. Com muita frequência, ouvimos as pessoas dizerem que apesar das rugas, flacidez e cabelos brancos, ainda se sentem como jovens, vestem-se descontraidamente e são muito alegres.

O corpo que até bem pouco tempo era tido como expressão do pecado, pois a educação pautada em preceitos religiosos enfocava a elevação do poder espiritual e mental, hoje é liberado através do movimento de negação dos tabus repressivos. Imagens do corpo e rosto são fartamente disseminados em jornais, revistas, televisão e anúncios, mas são imagens da juventude, saúde e beleza e que se apresentam como ideal a ser alcançados como padrão socialmente estabelecido.

Sendo o corpo a forma pela qual nos apresentamos ao outro, à sociedade e a nós mesmos evidencia-se sua dupla capacidade, como diz Bruhns (2000), ou seja, a de ver e ser visto. Como consequência, podemos dizer que as pessoas não querem ficar bonitas para si mesmas, e sim para serem apreciadas pelos outros. Isto porque, segundo a autora, o corpo humano está presente no mundo e sempre em relação a pessoas, objetos e natureza. Para Maffesoli (1996, p.165) “a preocupação e o cuidado com o corpo que se observam constantemente podem ser analisados como tantos outros meios de se situar uns em relação aos outros.” Ainda para este autor, a preocupação com a aparência é “mais que uma simples superficialidade sem consequências, inscreve-se num vasto jogo simbólico, exprime um modo de tocar-se, de estar em relação com o outro, em suma, de fazer sociedade” (MAFFESOLI, 1996, p.161). Essa ênfase na aparência pode ser vista, também, como um elemento impulsionador da sociedade de consumo, o que não exclui nem

mesmo aos idosos, que a tudo recorrem na esperança de se aproximarem dos padrões convencionados.

Pensar o corpo nesta perspectiva, é recolocá-lo na visão dualista corpo e mente, reposicionando-o na escala hierárquica e a ele atribuindo o maior valor. O apelo à imagem nos afasta da compreensão da unidade do ser humano, equivale a pensar o corpo como objeto a ser moldado, como algo fora de si, no mesmo momento em que se inscreve uma nova corporeidade, uma nova maneira de ver o homem, sendo o corpo humano moldado pela cultura.

A corporeidade nos permite perceber que o ser humano é corpo, e que a mente segundo Damásio (2000, p.187), é produto do corpo, pois “a mente, aquilo que define uma pessoa, requer um corpo, e que um corpo, um corpo humano, naturalmente gera uma mente”. A mente serve ao corpo e por ele é moldada. Entretanto, o que se verifica é a frequente dissociação com a alusão à mente jovem e corpo velho, que pensamos que possa estar relacionada à questão da imagem de idoso.

Como se vê a nova imagem de idoso hoje, já não corresponde a do homem aposentado de pijama e da mulher fazendo crochê em uma cadeira de balanço. Abertos a novas experiências, os idosos ocupam diferentes espaços na sociedade, desfrutando das inúmeras possibilidades de relacionar-se, de expressar-se, de movimentar-se, de criar e de vibrar. Isso só é possível porque vivemos um corpo, e é essa condição carnal que nos dá acesso ao mundo.

Essa dinâmica que expressa o modo de ser do homem e que só pode ser compreendida no vivido, é a corporeidade. Ela nos proporciona a compreensão de que o vivido corresponde a uma unidade complexa, da qual o corpo só emerge pela ajuda da linguagem que o significa.

O significado de corpo pode ser diferente para cada pessoa a partir de experiências pessoais, para cada grupo etário, considerando as experiências comuns, e ainda, para cada sociedade, conforme a época ou o local. Isto porque, a experiência corporal que é própria de cada indivíduo, pode ser investida e moldada pela sociedade em que vive. Temos ainda, de um lado o corpo natural, que é resultado do processo evolutivo e que corresponde a um ciclo biológico, mediante o qual

nascemos, desenvolvemos, adoecemos, envelhecemos e morremos, e de outro, o corpo simbólico que resulta das construções sociais, cuja imagem ideal é a de saúde e beleza associada à juventude.

Assim, a nova imagem do idoso o reintegra à sociedade através da abertura de novos espaços que lhe oportunizam a participação em programas sociais, culturais e recreativos. Estas atividades são de grande importância para as pessoas idosas, pois como disse Beauvoir (1990), é pela falta de perspectivas que as pessoas se voltam para o passado, vivendo de suas lembranças e fazendo destas uma defesa ou uma arma, principalmente quando o presente que vivem e o futuro que pressentem as decepcionam. Equivale a dizer que a falta de ocupação diária e de perspectiva do presente e do futuro é maléfica para o idoso podendo provocar inúmeras alterações e levar ao sedentarismo, tendo como consequência doenças que modificam o comportamento social e pessoal. Essa imagem associada a atividade e ao prazer faz com que o idoso seja reconhecido pelo seu potencial de consumidor, e o mercado se volta a esse segmento populacional com uma grande variedade de bens e serviços, dos cosméticos, produtos farmacêuticos e técnicas de rejuvenescimento ao turismo.

É dentro deste contexto que a associação Laramar é composta por um grupo de idosos praticantes de atividades físicas, esportivas, recreativas e culturais ao ar livre na Praia da Costa no Município de Vila Velha – ES. Encaminhados por médicos, ou por iniciativa própria, aderiram às práticas das atividades propostas, exercitando-se e socializando-se com os demais, sendo que até então, a grande maioria vivia de forma sedentária. A experiência corporal e facial foi marcada pela rigidez postural e por uma idéia de envelhecimento associada a uma interrupção de atividades, cuidados diários e mudanças no estilo de vida, que implicavam em mudanças desde a forma de vestir-se a uma forma específica de comportar-se.

Foi realizado um estudo quantitativo de delineamento transversal, com um total de 60 idosos participantes do Programa de atividades físicas ao ar livre da Associação Laramar no Município de Vila Velha, ES. Foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o questionário WHOQOL-100 Bref (abreviado).

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora de forma individual, no período de outubro e novembro de 2011 na Praia da Costa, local este que são desenvolvidas as atividades da Associação Laramar. O WHOQOL-100 Bref (abreviado) é auto-aplicável; entretanto, optou-se pela entrevista direta em função da dificuldade de leitura, dos problemas visuais e analfabetismo comum em idosos.

Em relação aos procedimentos estatísticos, os escores foram descritos através de média e desvio-padrão. As variáveis categóricas foram descritas através de freqüências absolutas e relativas. A fim de se compararem médias de dois grupos, foi utilizado o *t de student* para amostras independentes. Para comparar médias de três ou mais grupos, foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) *One-Way*.

As atividades promovidas por associações contribuem para a QV da população idosa de Vila Velha – ES? Como esta população vê o seu próprio processo de envelhecimento?

Nessa perspectiva, a pesquisa se desenvolveu em uma abordagem qualitativa e quantitativa. Em um primeiro momento, foi desenvolvida uma teorização conceitual sobre envelhecimento e seu fenômeno complexo, e ainda, uma contextualização sobre qualidade de vida. Em um segundo momento, foram analisadas variáveis que envolvem a condição do processo de envelhecimento e a relação com a qualidade de vida, utilizando como procedimento metodológico uma pesquisa de campo, cujo instrumento de coleta de dados foi o questionário WHOQOL-100 Bref abreviado. A aplicação do questionário teve como objetivo analisar a partir da visão do idoso, como ele percebe, avalia a sua qualidade de vida. O instrumento de coleta de dados, o questionário WHOQOL-Bref abreviado, é constituído de 26 questões, dividido em quatro domínios, os quais se propõem a avaliar, respectivamente: capacidade física, bem-estar, psicológico, relações sociais e contexto ambiental. Além disso, constitui-se de um domínio que avalia a QV (qualidade de vida) global. Este instrumento foi escolhido por proporcionar maior confiança aos participantes, dado ao anonimato do mesmo, possibilitando a coleta de informações e respostas mais reais.

Os questionários foram aplicados a sessenta (60) idosos participantes da Associação Laramar¹. Não houve nesta pesquisa a preocupação em delinear determinada etnia, condição salarial ou nível de escolaridade, pois os idosos formam um grupo heterogêneo pertencendo a diversas etnias, diferentes níveis salariais e diversos níveis de escolaridade. O principal critério adotado foi que o idoso fosse membro da associação Laramar.

Foi acrescido ao instrumento WHOQOL-Bref abreviado questões pertinentes aos dados de identificação como idade, sexo, local de residência, ocupação atual, renda familiar e convivência familiar. Para analisar a participação dentro da associação Laramar e o processo de envelhecimento, foi questionado como ele vê o processo de envelhecimento na sua vida, a rotina antes de participar dos projetos oferecidos pela associação Laramar, se ocorreram mudanças na sua vida após a participação e há quanto tempo participa da associação.

Levando em consideração os objetivos da pesquisa, o trabalho foi dividido em três capítulos. O primeiro capítulo inicia com uma abordagem conceitual do processo de envelhecimento e as contribuições das teorias para a compreensão do fenômeno do envelhecimento. Discute a situação do processo de envelhecimento como um fenômeno complexo. O envelhecimento da população mundial, de acordo com Debert (1999, p.113), traz para a sociedade uma questão que foi considerada, durante muito tempo, “como própria da esfera privada familiar, uma questão de previdência individual ou de associações filantrópicas”.

O Capítulo 2 discute a qualidade de vida e apresenta uma noção das medidas da qualidade de vida, sua relação na velhice e o instrumento WHOQOL-Bref abreviado.

Quando se trata de qualidade de vida corre-se o risco de se falar de uma panacéia, de uma categoria difusa, muito ampla, subjetiva. Para a definição deste conceito buscou-se, além da observação empírica, as reflexões de vários autores dos quais destacam-se Jannuzzi (2004), Lefebvre (2002), Souza (2002), Lynch (1994) e Schwartzman (1974). Na velhice, a qualidade de vida parte de uma avaliação multidimensional em relação aos critérios sicionormativos e intrapessoais que buscam referência tanto nas relações atuais quanto nas passadas e também

¹ Sendo cinqüenta e nove (59) mulheres e um (1) homem.

prospectivas na relação entre o idoso ou adulto maduro e o ambiente que o cerca, segundo Lawton (1991).

A pesquisa de campo é explicitada no capítulo 3, identificando-se o local onde foi realizada a pesquisa, a associação Laramar, os procedimentos metodológicos utilizados, a caracterização do grupo e os resultados das análises dos dados. Nas Considerações Finais, são apontados às contribuições deste estudo e evidenciados alguns aspectos a serem aprofundados em estudos posteriores.

2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: um fenômeno complexo

Refletir sobre o processo de envelhecimento envolve a desconstrução e a construção das múltiplas imagens e aspectos biológicos, sociais e psicológicos que englobam a velhice bem como a própria sociedade, considerando os costumes da época, a estrutura social e econômica e as diretrizes promovidas e estimuladas pelas políticas públicas e sua complexidade como será visto adiante.

Envelhecer, como sabemos, é um processo que implica tudo o que sobrevive ao tempo, sejam objetos ou animais e sejam seres humanos. Todos sofrem um processo de deterioração, que varia de acordo com a sua natureza, os objetos de metal, por exemplo, estão sujeitos a danos causados pela ferrugem ou oxidação. Entretanto, em seus processos de degradação, os seres inorgânicos não são afetados por fatores intrínsecos e organizados de mudança, como o são os organismos vivos. Por isso, na perspectiva teórica contemporânea de curso de vida, o envelhecimento é uma propriedade exclusiva dos organismos vivos.

O objetivo deste capítulo é apresentar a complexidade do processo de envelhecimento, abordando os seus aspectos teóricos na perspectiva biológica, social e psicológica.

2.1 O ENVELHECIMENTO

A vida tem sua evolução demarcada pelas intempéries dos caminhos e trajetórias. O envelhecer como processo vital é uma realidade que será vivida por todos, porém a maneira como cada um irá conceber e vivenciar esse envelhecimento é particular, singular e única. Não existe uma forma única de envelhecer, mas existem diversas velhices o que rompe com a lógica do modelo hegemônico e homogeneizado de velhice. Mercadante (2004, p.197) aponta as contradições contidas no entendimento desses conceitos: “A heterogeneidade, que está presente no cotidiano dos idosos parece não ser suficiente para anular uma visão homogênea de se pensar a respeito do velho e da velhice”.

Para Mercadante (2005) o modelo hegemônico de entendimento da velhice esta associado às representações generalistas de perdas biológicas e sociais, construído a partir de um modelo contrastivo e comparativo com o jovem, criando noções de identidades estáticas, onde um define em que categoria o outro se encontra, gerando idéias de supremacia de uma categoria em contraposição a rivalidade de outra. Ressalta Mercadante (2005, p. 22 que o papel do pesquisador é “[...] desfazer um modelo homogêneo, mostrando as várias formas de ser velho. Ou seja, desconstruir essa generalização e contrageneralizar”, dessa maneira as novas particularidades cria um novo modelo social do velho, onde as “diversas realidades singulares” podem ser manifestadas e serem inclusas.

Colocando-se no ângulo do sujeito envelhecendo, Freud (1915) no início do século XX considerava que o processo de envelhecer é perpassado pela constituição da subjetividade, que vai se formando por aspectos simultâneos e entrelaçados a partir da demarcação do tempo cronológico, em relação com as imagens do inconsciente, das experiências atuais e das lembranças do passado vivido. As vivências atuais integradas com as marcas do traçado da história vivida fazem surgir no inconsciente uma nova reinscrição do sujeito, a partir de rearranjos com as circunstâncias de realização dos seus desejos e um tempo delimitado pelo equilíbrio dos aspectos inconscientes e a influência externa, permeado por suas lembranças.

As experiências inconscientes caminham paralelamente ao processo de tempo cronológico, possibilitando diversas perspectivas ao sujeito em sua subjetivação. Mucida (2004, p.46) aponta que “Tal concepção traz a idéia de um tempo que passa, mas passando, pode retificar um tempo já passado, atualizando-o no presente... já que o escrito será re-escrito e reatualizado a partir de cada um.”

A dimensão corporal inclui um corpo real, mas também imaginário, virtual, que nasce que envelhece que delimita os fenômenos internos dos externos, pela demarcação da pele, explicitando os limites do Eu. O corpo expressa um modo de ser, uma maneira de enunciação e uma expressão do existir.

Olievenstein (2001,p.14) revela que existem dificuldades biológicas, sociais e psicológicas em delimitar o início da velhice, tanto para a própria pessoa, quanto para os familiares e pessoas de sua convivência pois “Nascer para a velhice não é

tarefa para alguns meses. É um longo caminho, retardado por muitos subterfúgios.”O idoso vai estabelecendo gradualmente uma relação com o seu processo de envelhecimento, a partir de sua auto-imagem, transformações corporais, comparações com outras pessoas que também estão envelhecendo, comentários sociais e estímulos externos advindos da vida profissional, ida ao médico, morte de parentes próximos ou revendo pessoas distantes. Para Lopes (2006, p.88), “[...] sem o outro é impossível o conhecimento de si próprio, assim como o discurso sobre si mesmo tem um caráter transitório”.A partir de sua existência, o idoso revela-se e impõe-se na sua condição ao social e a si próprio. Nessa inter-relação as várias facetas sociais posicionam-se frente a essas manifestações da velhice e, paralelamente, vão se estabelecendo vivências de aprovação, repulsa, vergonha, isolamento, acolhimento e possíveis satisfações e frustrações conjuntas ou isoladas. (OLIEVENSTEIN, 2001,p.16)

Segundo Pacheco (2005), as imagens e representações sobre o envelhecimento são socialmente construídas e expressam diversas formas de compreensão desse fenômeno. Envelhecer pode estar associado à degradação progressiva do físico, a debilidade mental e psicológica, aos cuidados emergentes para evitar envelhecimento precoce da pele (cremes anti-rugas), a negação do envelhecimento, a associação da velhice à sabedoria ou a regressão a fases anteriores para realização de desejos reprimidos (idoso de 79 anos namorando uma pessoa de 21).Portanto homogeneidade no conceito de envelhecimento, o que há são diversas representações do processo de envelhecer. Não existe velhice, mas velhices, no plural, como já foi apontado anteriormente.

O ciclo do desenvolvimento humano é composto por fases (ERIKSON,1968), que ocorrem em um sucessivo e natural crescimento. Constantemente estamos envelhecendo, não só na fase da velhice. Tal conceito torna-se um paradoxo da condição humana, pois se objetivamente estamos envelhecendo, paralelamente, na subjetividade, não o percebemos ou tentamos ao máximo esconder essa percepção de nós mesmos, dos outros e da sociedade.

A sociedade moderna baseada no consumo, acúmulo de bens, individualismo arraigado, cria um modelo de representação social baseado na valorização de um corpo sadio, produtivo, apto para o trabalho e para reprodução sexual, favorecendo

uma cultura do corpo jovem. Esse paradigma contribui num comparativo para as representações sociais de hipervalorização da juventude, depreciando o idoso e sua fase de desenvolvimento humano, a partir de associações relacionadas a um corpo inválido, improdutivo, inapto para o trabalho e a reprodução sexual. Neste sentido, a representação social do idoso passa a ser pejorativa, depreciativa e estigmatizada. Goffman (1975, p.112) aponta que o estigma é uma expressão de uma relação interiorizada do indivíduo e não uma noção de atributos, pois, “um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto, ele não é em si mesmo, nem honroso, nem desonroso.” Ainda segundo Goffman (1975), a representação social de uma identidade, no seu caráter virtual, contém a expressão dos estigmas, em que características externas que nem sempre condizem com a realidade são impostas aos indivíduos. Ocorre que, pela pressão e supervalorização das representações sociais, o indivíduo acaba por acreditar nos atributos impostos pela sociedade e a vivencia-los como sendo seus.

Existem algumas possibilidades que podem ocorrer na velhice: o sucesso financeiro, a qualidade de vida, o sustento da extensão familiar, encontro amoroso, a convivência com netos, ampliação da rede de relacionamentos sociais, do tempo para lazer, motivação cultural, ócio criativo, enfim, aceitar o envelhecimento e conviver com as mudanças em todos os setores da vida.

Varella (2003) destaca que quando uma pessoa encontra um sentido para envelhecer, a velhice passa a ser compreendida como uma nova fase, cheia de possibilidades, contendo uma oportunidade de começar uma nova proposta de vida, a partir de uma postura de disponibilidade em aprender e aprender novos conceitos através de experiências vividas:

Construções do dia-a-dia que dependerão de reformulações e esforços pessoais. Se o ser humano conseguir uma nova forma de encarar a vida, a velhice pode ser um momento natural, sem tantas preocupações para si e para a sociedade (VARELLA, 2003, p.3).

Guardini (1987, p.82) defende que em qualquer fase o aspecto mais importante para a realização da vida é a aceitação da etapa em que se esteja, assumindo seus desafios, limitações e perspectivas: “Aceitar a realidade foi sempre o ponto de partida para poder fazer o que é devido”. O autor ainda complementa, afirmando que

muitas pessoas não aceitam envelhecer, sofrem e disfarçam os traços deste envelhecimento: mentem a idade, fingem disposição e ânimo, usam cremes antirrugas, pintam o cabelo, relacionam-se com pessoas mais jovens, fazem plásticas, utilizam remédios antienvelhecimento, enfim, sentem vergonha e não assumem sua velhice.

As representações sociais que o idoso faz do seu processo de envelhecer, bem como a valorização familiar e social que se faz desse processo, interferem nas maneiras de perceber, idealizar, sentir, aceitar e assumir essa fase da vida.

Existe uma inter-relação entre a imagem que o idoso faz de si mesmo e a imagem social predominante no país, incluindo as relações que estabelece com a família e a sociedade. Medeiros (1998, p.7) reflete apropriadamente sobre essa realidade ao expor: “Ser velho traz um conjunto imenso de conotações pejorativas. Todos querem viver mais, mas ninguém quer ser velho”.

As atitudes sociais em relação à velhice influenciam as construções de representações sociais e contribuem de modo concreto para a auto aceitação ou não da fase do envelhecimento pela sociedade em geral e pelo próprio idoso.

Guardini (1987,p.99) defende que é necessário superar o paradigma de que só a vida jovem é portadora de valor humano e de que a velhice é composta de uma decadência. Destaca também a importância de que todos os setores do convívio humano valorizem o envelhecimento, seja do ponto de vista do próprio idoso, do seu ambiente, de sua família, das relações de amizade, como também da conjuntura social, do convívio comunitário e das políticas de Estado.

Debert (2004) destaca que a reinvenção da velhice é perpassada pelo paradigma de que o conceito de juventude deixou de relacionar-se a um estágio do desenvolvimento humano e transformou-se em um valor a ser cultivado, conquistado em qualquer idade, através de um estilo de vida saudável, baseado numa alimentação balanceada, prática regular de exercícios e no consumo de produtos de embelezamento, bronzamento, plásticas e transformações corporais que visem à manutenção da aparência jovial.

Tótorra (2008, p.29) aponta que a velhice, na atualidade, “tornou-se alvo de inúmeras estratégias de poder”, nas quais o marketing e os clichês das políticas públicas

fazem uma apologia da vida saudável para que se envelheça bem, o que gera um modelo de controle social em que se busca regular o modo de vida de toda população, através da ideologia de “ [...] tornar todos igualmente jovens e belos” e consumidores dos produtos, institutos, clínicas de tratamento e academias de ginástica. Assim, a homogeneização da representação social que associa a velhice às doenças crônicas e degenerativas, em oposição à juventude saudável, favorece um amedrontamento social frente ao envelhecimento e um esforço de adaptação do idoso a uma aparência e performance de juventude (TÓTORA,2008).

Ao longo da história, a velhice vem ocupando espaços diferentes e, através de pesquisas científicas e novas abordagens de políticas públicas, vêm ocorrendo transformações na imagem do idoso, e da contribuição na área da saúde, social, cultural, política e econômica que ele vem dando contribuição à sociedade, nos grupos em que atua, na família e em sua própria categoria, através de conquistas dos seus direitos, da participação democrática e do exercício da cidadania em diversas atuações pessoais e sociais e em órgãos consultivos e deliberativos do idoso.

O impacto do reconhecimento do envelhecimento dentro de uma família pode ocorrer de diversas maneiras: a chegada da aposentadoria, o nascimento de um neto, a demissão de uma empresa devido à idade, proposta nova de emprego, início de doenças crônicas, perda do direito de dirigir, passar usar óculos, filhos que se casam, enfim, ocorrem rearranjos nas estruturas de convívio entre as pessoas que coabitam na mesma residência ou fazem parte da família. Além disso, os cuidados básicos, exercidos anteriormente com plena autonomia, passam a ser divididos com os familiares: higiene pessoal, alimentação (preparo, consumo dos próprios gastos e da vida financeira).

É impossível ficar indiferentes às transformações que vão ocorrendo no convívio com um idoso. As questões existenciais ficam latentes: será que quando envelhecer ficarei assim? Até quando vou viver? Será que vou ficar totalmente dependente de cuidadores? Por que a morte parece ficar mais próxima quando convivo com um idoso? Por que conviver com um idoso faz com que eu me lembre de que estou envelhecendo?

Essas são algumas reflexões, presentes na vertente que assola e faz temer o autoengano, por puro mecanismo de negação e autodefesa, o que gera uma dicotomia entre o corpo que envelhece e a mente que não quer envelhecer, negando-se a aceitar e a perceber que constantemente estamos envelhecendo.

Guardini (1987, p.69) ressalta, a esse respeito, que o idoso deve exigir de si mesmo, e não só dos familiares, uma conduta frente ao seu processo de envelhecimento. O modo de lidar e o quanto o idoso e a família aceitam o envelhecer determinam a qualidade das relações a serem estabelecidas, por exemplo, com “[...] a inveja que se sente dos jovens [...] do ressentimento contra tudo que é moderno [...] da alegria malsã por falhas e insucessos dos tempos atuais”.

Beauvoir (1990) revela que o tratamento dado à velhice está permeado por uma “conspiração do silêncio”, nos diversos setores que compõem a sociedade. Esta postura de negligência e discriminação frente ao ser que envelhece ocorre até os dias atuais e deve ser amplamente transformada.

2.2. O ENVELHECIMENTO COMO FENÔNOMO BIOLÓGICO

Biologicamente, é difícil definir o início da velhice, assim como o é psicológica ou socialmente, por isso há divergências entre os biogerontologistas. De acordo com as teorias existentes, para alguns teóricos, o processo de envelhecimento pode ocorrer a partir da concepção, e, para outros, a partir da maturação sexual.

Um olhar atento à história da humanidade poderá indicar-nos que a velhice, como fenômeno biológico, sempre esteve associada ao declínio e que, embora a Gerontologia seja uma preocupação acadêmica recente, o envelhecimento sempre despertou o interesse. Provavelmente, o controle do processo de envelhecimento vem sendo buscado desde que os seres humanos constataram que o envelhecimento reduzia o vigor e anunciava a aproximação da morte. E essa busca constante deu origem a muitas teorias. As lendas e mitos também são referências para a compreensão do tema, pois constituem as primeiras reflexões humanas sobre o envelhecimento e o prolongamento da vida, revelando-nos o pensamento de uma determinada época.

A busca pela longevidade era vista como a mais nobre das metas da medicina tanto que Francis Bacon (1561-1626) publicou suas idéias sobre a base científica para o prolongamento da vida no livro intitulado “A História Natural da Vida e da Morte e a Prolongação da Vida”. Neste livro, diz Leme (1997), Bacon contradiz muitas das antigas teorias sobre o envelhecimento e a morte natural, retomando idéias de Galeno sobre o espírito (pneuma). Segundo ele, um espírito jovem e um corpo velho faria regredir a evolução da natureza. Para prolongar a vida recomendava uma dieta apropriada, exercícios, certas ervas, massagens e banhos especiais.

O estudo do envelhecimento aprofundou-se a partir do século XX, mediante a compreensão dos biólogos e demais cientistas de que, para mudar o curso de um fenômeno, é preciso conhecê-lo. O aprofundado estudo do envelhecimento deu origem a muitas teorias, e suas raízes encontram-se formuladas desde a antiguidade.

Para apresentarmos algumas das mais importantes teorias biológicas do envelhecimento humano utilizamos Hayflick (1997), por ser o autor que reúne a maioria das teorias por outros citadas. Segundo o referido autor, as teorias do envelhecimento podem ser divididas em dois grandes grupos: o primeiro grupo concentra as teorias que presumem um plano mestre já existente, que dá a idéia de envelhecimento programado, e, no segundo grupo, estão reunidas as teorias baseadas em eventos aleatórios, cujo envelhecimento seria acidental.

As teorias do primeiro grupo, segundo Hayflick (1997), que defendem a hipótese do envelhecimento programado, traduzem a idéia de um relógio baseado em uma série de eventos químicos ou mudanças físicas em moléculas específicas. Isto é, se referem as mudanças que ocorrem nos genes da “morte” ou por hormônios secretados em um determinado momento pelo hipotálamo ou glândula pituitária no cérebro. Essas teorias incluem a idéia de que envelhecemos de acordo com um projeto, assim, mudanças associadas à idade, da concepção à morte estão programadas em nossas células, dando origem ao pensamento de que começamos a envelhecer desde o momento da concepção. Uma interpretação moderna desse grupo de teorias é a que defende que o DNA de cada um de nossas células fornece o mapa para o que acontece não só a partir da fertilização do óvulo até maturação

sexual, mas também do início da idade adulta durante todo o processo de envelhecimento.

Dentro deste grupo, destaca-se a teoria da substância vital pressupõe que os organismos começam sua vida com uma quantidade limitada de algumas substâncias vital, que perdem ao longo da vida. A teoria da mutação genética cuja a idéia principal é de que as ocorrências e aumento de mutações nos genes acabariam causando o envelhecimento, porque os genes mutados sofreriam alterações que implicariam em mal funcionamento e morte das células corporais. A teoria da exaustão reprodutiva preconiza que o período reprodutivo seria precursor do envelhecimento. Ou seja, após um surto de atividade reprodutiva, um animal ou uma planta começa a envelhecer e morre rapidamente, contudo esse não é um padrão universal na natureza. A teoria neuroendócrina preconiza que a falência progressiva de células com função integrativa como é o caso do sistema nervoso e do sistema hormonal (endócrino) que levaria ao envelhecimento e ao colapso do sistema corporal, o que não é uma idéia nova. Uma das mudanças que anuncia a chegada do envelhecimento é a queda da função reprodutiva, que é controlada pelo sistema neuroendócrino, que também está associado a vários tipos de relógios biológicos.

Nas teorias do segundo grupo, Hayflick (1997) relata que elas são baseadas na ocorrência de eventos aleatórios, sendo abordadas: a teoria do desgaste, a teoria do ritmo de vida, a teoria do acúmulo de resíduos, a teoria das ligações cruzadas, a teoria dos radicais livres, a teoria do sistema imunológico, as teorias dos erros e reparos, e a teoria da ordem e desordem.

A teoria do desgaste se baseia numa analogia entre o corpo humano e uma máquina. Da mesma forma que uma máquina, explica Mascaró (1997, p.44),

[...] sofre um desgaste pelo seu uso e por sua idade até suas peças se tornarem irrecuperáveis, o corpo humano também sofreria um desgaste ao longo do tempo prejudicial às atividades bioquímicas que ocorrem nas células, tecidos e órgãos.

Consiste em que a morte ocorre porque um tecido desgastado não pode se renovar eternamente. De fato, existem evidências de desgastes nos organismos, mas eles

podem acontecer em nível molecular, segundo pesquisadores contemporâneos, o que dificulta a comprovação da teoria.

A teoria do ritmo de vida é baseada na crença de que os animais nascem com uma quantidade limitada de uma substância, energia potencial ou capacidade fisiológica que pode ser gasta em ritmos diferentes. Se for utilizada rapidamente, o envelhecimento começa de forma precoce. Se for consumida lentamente, então o envelhecimento será retardado. Essa teoria é freqüentemente chamada de teoria do quem “vive rápido, morre jovem”. As teorias do ritmo de vida e do desgaste defenderiam que quem vive uma vida parcimoniosa retarda o envelhecimento e vive mais, mas há poucos indícios que as sustentem.

A teoria do acúmulo de resíduos baseia-se na hipótese de que, com o tempo, as toxinas e resíduos acumulados poderiam prejudicar a função celular normal e matar lentamente a célula.

A teoria das ligações cruzadas nos apresenta o desgaste do colágeno, através do processo do envelhecimento. A teoria das ligações cruzadas postula que, com o passar do tempo, aumenta o número de ligações cruzadas entre algumas proteínas, inclusive o colágeno, impedindo os processos metabólicos através da obstrução da passagem de nutrientes e resíduos para dentro e para fora das células. Seus efeitos são aparentes na pele, que no jovem, é macia e flexível devido ao pequeno número de ligações cruzadas no colágeno. A pele idosa tem mais ligações cruzadas e, conseqüentemente, é menos macia e flexível.

A teoria dos radicais livres é a que desfruta de maior popularidade e muitos cientistas continuam a estudar o fenômeno procurando provar se eles, os radicais livres, são ou não são a principal causa do envelhecimento. Essa teoria baseia-se em uma reação química complexa que ocorre quando certas moléculas suscetíveis nas células encontram e quebram moléculas de oxigênio, formando pedaços de moléculas altamente reativos.

A teoria imunológica de envelhecimento baseia-se em duas grandes descobertas. A primeira é que, com a idade, a capacidade do sistema imunológico produzir anticorpos em número adequado e do tipo correto diminui. A segunda é que o sistema imunológico em processo de envelhecimento pode produzir incorretamente

anticorpos contra proteínas normais do organismo. Isso resulta no que chamamos de doenças auto-imunes e nem todas se limitam às pessoas idosas. Algumas formas de artrite são bons exemplos de doenças auto-imunes que podem ocorrer em pessoas idosas. Defensores do sistema imunológico como causa do envelhecimento argumentam que, como resultado de um sistema imunológico menos eficiente ou da produção de auto-anticorpos, ficamos mais propensos a adquirir e manifestar doenças e outras patologias características da velhice.

A teoria imunológica de envelhecimento baseia-se em duas grandes descobertas. A primeira é que, com a idade, a capacidade do sistema imunológico produzir anticorpos em número adequado e do tipo correto diminui. A segunda é que o sistema imunológico em processo de envelhecimento pode produzir incorretamente anticorpos contra proteínas normais do organismo. Isso resulta no que chamamos de doenças auto-imunes, e nem todas se limitam às pessoas idosas. Algumas formas de artrite são bons exemplos de doenças auto-imunes que podem ocorrer em pessoas idosas. Defensores do sistema imunológico como causa do envelhecimento argumentam que, como resultado de um sistema imunológico menos eficiente ou da produção de auto-anticorpos, ficamos mais propensos a adquirir e manifestar doenças e outras patologias características da velhice.

Transpondo noções de teoria de Termodinâmica, a teoria da ordem à desordem preconiza que com o passar do tempo a desordem celular e metabólica aumentaria e o corpo envelheceria e morreria. Uma mudança fundamental que poderia levar ao envelhecimento estudado pelos físicos envolve a ordem. A partir do momento da concepção, a maior parte da energia e atividade de um organismo é orientada em direção a alcançar a maturação sexual e a idade adulta, quando ocorre deterioração da eficiência máxima porque nenhum sistema pode fornecer trabalho infinito indefinidamente, muito menos um sistema biológico. À medida que a ordem molecular do organismo amadurecido se deteriora, a eficiência do sistema biológico diminui e a desordem aumenta.

Apesar de todas as teorias explicarem o envelhecimento ainda não sabemos sua causa, pois existe uma multiplicidade de evidências relacionadas a esse processo e cada teoria sugere ser um dos seus componentes o ponto de origem do processo de

modificações associadas à idade, que acabam levando à morte do indivíduo, e se volta à tentativa de provar sua sugestão ou hipótese.

Há um consenso entre os pesquisadores, quanto a uma cascata de eventos biológicos organizados, que ocorrem após o período reprodutivo, que levam ao acúmulo de modificações biológicas com o objetivo de que o organismo morra no final. Entretanto, tal processo não significa que tenhamos que sofrer o acúmulo de morbidades e co-morbidades que podem estar associadas à velhice, dizem Cruz e Schwanke (2001). Graças ao conjunto de conhecimentos produzidos, é possível construir estratégias que podem retardar ou diminuir a velocidade do aparecimento das modificações associadas ao envelhecimento, e até mesmo modular a velhice de forma a vivê-la plenamente, respeitando suas limitações.

2.3. O ENVELHECIMENTO COMO FENÔMENO PSICOLÓGICO

A psicologia do envelhecimento é uma área que se dedica à investigação das alterações comportamentais que acompanham o gradual declínio na funcionalidade dos vários domínios do comportamento psicológico nos anos mais avançados da vida adulta. Na história da psicologia do envelhecimento, foi dada atenção predominante ao declínio e às perdas associadas à idade, da mesma forma que nas áreas biológica e social. Considerando que, até os anos 70, a psicologia do desenvolvimento centrava-se na infância, com a crença de que o desenvolvimento cessava na adolescência, conciliar os conceitos de desenvolvimento e envelhecimento, tradicionalmente tratados como antagônicos, passou a ser um dos maiores problemas encontrados pela psicologia do envelhecimento. Hoje, ambos são vistos como processos que coexistem ao longo do ciclo vital, embora com pesos diferentes na determinação das mudanças evolutivas que vulgarmente identificamos como ganhos ou perdas.

Mesmo que as mudanças evolutivas que podem ser caracterizadas como perdas aumentem com o passar da idade, já existem dados de pesquisa, diz Neri (2001), mostrando que, na velhice, podem ocorrer alterações classificáveis como ganhos.

Na velhice, as capacidades cognitivas ligadas ao processamento da informação, à memória e à aprendizagem declinam, por causa das alterações sensoriais e neurológicas que acompanham o envelhecimento. Contudo, as capacidades, cuja manutenção e aperfeiçoamento dependem de influências culturais, podem conservar-se e especializar-se, manifestando-se nos domínios profissional, do lazer, das artes ou do manejo das questões existenciais. Um princípio fundamental da psicologia do envelhecimento contemporânea é que na velhice, as pessoas conservam potenciais para o funcionamento e o desenvolvimento, os quais, no entanto, tendem a declinar nos anos mais tardios, quando as pessoas tornam-se vulneráveis e menos adaptáveis às alterações ambientais.

Uma das formas de compatibilização entre os dois conceitos, desenvolvimento e envelhecimento, pode ser a promoção da compensação das perdas e a ativação do potencial dos idosos para o máximo desempenho. No que diz respeito ao envelhecimento normal, isto é, sem patologias, cresce o interesse pelo estudo do potencial para a manutenção, o desenvolvimento e a recuperação das capacidades cognitivas e de auto-regulação da personalidade na velhice. Esse interesse representa uma evolução, que está sendo acompanhada por uma lenta alteração nas concepções tradicionais de velhice como doença, degeneração ou problema a ser resolvido. A concepção tradicional de velhice caracterizada pelo declínio comporta alguns mitos, dos quais destacamos:

- a) a memória diminui com a idade. O que ocorre, em verdade, é que ela modifica-se, pois há três tipos de memória;
- b) a inteligência diminui com a velhice. Isso só ocorre nos casos de doença mental, pois os casos de grande produção intelectual na idade avançada nos provam o contrário;
- c) o velho não aprende. Na verdade, ele aprende sim, mas o que lhe interessa;
- d) o velho volta a ser criança. Por que caracterizar como infantilidade atitudes mais desprendida?

Na obra de Cícero (103-43 a.C.) “Saber Envelhecer”, escrita há mais de 2000 anos, já encontramos referências a esses mitos ainda tão reais nos dias de hoje. Porém ele também atenta para o fato de que “jamais vi um velho esquecer o lugar onde

esconde seu dinheiro. Os velhos se lembram sempre daquilo que os interessa: promessas sob caução, identidade de seus devedores e credores, etc” (CÍCERO, 1997. p. 21). Acrescenta, ainda, que a memória dos velhos é boa, observando aqueles que melhor a conservam, são os que permanecem intelectualmente ativos.

O envelhecimento psicológico pressupõe sim a ocorrência de alterações da inteligência, memória e personalidade, mas estas não estão diretamente relacionadas a um declínio de suas capacidades mentais, pois o idoso pode perder a iniciativa ou a motivação em decorrência do meio pouco estimulante, ou por outro lado, cerceador.

Também ocorre na velhice alterações da personalidade, que, segundo Neri (2001), tem relação com as maneiras como as pessoas habitualmente se comportam, têm experiências, acreditam e sentem com respeito a si mesmas, aos outros e ao mundo material e histórico-social. Quanto mais rico e complexo é o self, maior a chance de bem-estar e adaptação na velhice, porque essas qualidades permitem o exercício de múltiplos papéis e, assim, melhor senso de auto-eficácia, mais satisfação e menos depressão.

As teorias psicológicas do envelhecimento, de acordo com Neri (2002), têm por base paradigmas que são construções intelectuais sobre a natureza geral das mudanças evolutivas que ocorrem em determinado período da vida, ou durante toda a sua extensão. Esses paradigmas são conhecidos como de “mudança ordenada, contextualista e dialético”.

O paradigma de mudança ordenada deu origem às teorias de estágio. Estas admitem que o desenvolvimento caminha segundo padrões ordenados de mudanças que são universais porque têm origem ontogenética e que os determinantes sociais, sócio-históricos e culturais apresentam as condições para manifestação dos elementos que têm base ontogenética.

Procurando explicar como e porque os fenômenos ocorrem, as teorias servem como preditores e orientadores da intervenção humana. Assim, quando predominou a idéia de que o desenvolvimento psicológico era presidido por processos e períodos sucessivos de crescimento, culminância e contração, a velhice foi considerada um período involutivo, marcado por declínio e estagnação universais e irreversíveis, de

origem biológica. Essa concepção de origem darwiniana contribuiu para dificultar a ascendência da velhice ao patamar de uma fase ou etapa da vida digna de investimento.

As explicações ou teorias sobre o desenvolvimento adulto e o envelhecimento baseadas no papel desempenhado por eventos de transição correspondem ao paradigma contextualista. O interesse dos pesquisadores que se envolveram com o estabelecimento desse paradigma é psicossocial segundo Neri(2001), na medida em que acreditam que as mudanças evolutivas da vida adulta são produzidas pela interação do indivíduo com as influências sociais. Ao contrário dos seguidores do paradigma de mudança ordenada, que descrevem o desenvolvimento como processo balizado pela idade cronológica ou por crises evolutivas, para os contextualistas, a sociedade constrói cursos de vida ou trajetórias de desenvolvimento, ao prescrever quais são os comportamentos apropriados para as diferentes faixas etárias.

O paradigma do desenvolvimento ao longo de toda a vida de origem dialética é o mais influente da psicologia do envelhecimento contemporânea. Esse paradigma é centrado na mudança. Pressupõe que, no desenvolvimento adulto, as pessoas são percebidas como organismos ativos em mudança, em contínua interação com um ambiente igualmente ativo e em mudança. Os ingredientes-chave da posição dialética são: foco na mudança, interação dinâmica, causalidade recíproca, ausência de completa determinação e preocupação com processos de mudança determinados pela atuação conjunta de processos individuais (ontogênicos) e históricos (culturais-evolutivos).

2.4. O ENVELHECIMENTO COMO FENÔMENO SOCIAL

O envelhecimento como fenômeno social passa a ser notado no Brasil a partir da década de 60. Assim como cresce a população idosa em números absolutos, aumenta a média de anos vividos por essa população, introduzindo a questão da longevidade. Velhice sempre existiu, mas vivida de forma particular, passando a ser encarada como uma realidade social. A sociedade tem uma expectativa com relação

ao comportamento dos mais velhos e impõe regras que determinam como deve ser vivida essa etapa da vida. Essas regras não são universais e variam de acordo com a época e com a cultura.

Vivemos um momento em que a realidade social da velhice está em progressiva transformação. Os próprios idosos estão reagindo ao estigma de improdutivos, inativos, incompetentes, inúteis, dependentes, assexuados, e tantos outros, com suas novas experiências de envelhecimento.

São classificadas como de primeira geração as teorias do desengajamento, da atividade, da modernização e da subcultura. A Teoria do Desengajamento ou Afastamento, formulada por Cumming e Henry em 1961, representa a primeira tentativa de explicar o processo de envelhecimento e as mudanças nas relações entre o indivíduo e a sociedade, a partir da aplicação das proposições do funcionalismo estrutural à análise da condição do idoso e de suas reações psicológicas e sociais frente à velhice. Esta teoria prevê o afastamento gradativo e voluntário do idoso no processo social com o abandono de suas atividades profissionais usando como instrumento a aposentadoria e como argumento a disponibilidade de tempo dela decorrente para suas realizações. Propõe que o envelhecimento é um processo de desengajamento ou afastamento, universal e inevitável, que é funcional tanto para o idoso quanto para a sociedade. É funcional para a sociedade porque o afastamento do idoso abre espaço para pessoas jovens e eficientes, e é funcional para o idoso que passa a gozar da disponibilidade de tempo.

À teoria do desengajamento segue-se a *teoria da atividade*, formulada por Havighurst em 1968, que concebida como oposta à primeira, é melhor compreendida como sua complementação. Sua proposição inicial está pautada na idéia de que a falta de atividades seria fator determinante para as doenças psicológicas e para o isolamento social. Portanto, para a manutenção de um autoconceito positivo, deve haver substituição dos papéis sociais perdidos, partindo do pressuposto de que a atividade é benéfica e necessária para a satisfação de vida na velhice. É a teoria da atividade que fundamenta, até hoje, os movimentos sociais como grupos de idosos, orientando proposições nas áreas do lazer com o objetivo de proporcionar bem-estar na velhice.

A teoria da modernização foi apresentada por Cowgill e Holmes em 1972. Descreve a relação entre a modernização e as mudanças nos papéis sociais e no status das pessoas idosas, associando modernização ao processo de industrialização e relacionando o status do idoso ao grau de industrialização da sociedade. Considera que, na sociedade industrializada, a tendência é o declínio em status para o idoso, que se traduz em redução nos papéis de liderança, em poder e em influência, levando-o ao desengajamento da vida em comunidade.

A Teoria da Subcultura foi gerada nos Estados Unidos, conseqüentemente, reflete sua realidade. Segundo esta teoria, os idosos desenvolvem uma cultura própria, com crenças e interesses comuns desse grupo etário, fomentados pela exclusão social, especialmente no que diz respeito à restrição de oportunidades de interação com outros grupos etários. Esta teoria pode ser utilizada como parâmetro para avaliar o impacto de programas para a população idosa, analisando sua contribuição para a inclusão social do idoso. Ajuda a elucidar a natureza das relações entre os idosos e o restante da sociedade, contribuindo para corrigir a imagem estática e passiva da velhice presente na abordagem funcionalista.

Na segunda geração situam-se as teorias formuladas no período de 1970 a 1985, voltadas ao nível macrossocial, procuravam analisar a influência das transformações nas condições sociais no processo de envelhecimento e a situação dos idosos como categoria social. O principal foco da teoria da continuidade é explicar como as pessoas idosas tentam manter as estruturas psicológicas internas e externas preexistentes, aplicando estratégias já conhecidas e usadas anteriormente.

A Teoria do Colapso de Competência foi formulada por Kuypers e Bengston (1973). Analisa as conseqüências negativas (colapso da competência) que podem acompanhar as crises que ocorrem com freqüência na idade avançada, normalmente desencadeadas por perdas, como da saúde, do companheiro, e outras, que desafiam a competência social do idoso e que podem levá-lo a vários resultados negativos.

Há ainda teorias que se classificam em segunda e terceira geração, é o caso da troca, estratificação por idade e político-econômica.

A Teoria da Troca postula que o idoso é compelido a afastar-se das interações sociais porque possui poucos recursos (como baixa renda, pior condição de saúde e baixo nível educacional) em comparação com os mais jovens, e somente o idoso que dispusesse de recursos continuaria mantendo interações sociais.

A Teoria da Estratificação por Idade, proposta por Riley, Johnson e Foner em 1972, consiste em que as pessoas fazem parte de um determinado estrato etário (como por exemplo das crianças ou dos velhos) se exibem os comportamentos, desempenham os papéis e ocupam os lugares que lhes correspondem na estrutura social. Implica em que infância, adolescência, vida adulta e velhice são fases construídas socialmente, por meio de normas e sanções etárias que determinam as exigências e as oportunidades de cada segmento etário na ordem social e que comportam diferenças históricas e geográficas.

A Teoria Político-econômica do Envelhecimento foi formulada tendo por base as idéias de, dentre outros autores, Walker (1981) e Minkler (1984), propondo que as variações no tratamento e no status dos idosos podem ser compreendidas através do exame das políticas públicas, das tendências econômicas e dos fatores sócio-estruturais.

Na terceira geração agrupa teorias que criticam e sintetizam as proposições anteriores e aliam os níveis micro (individual) e macrosocial de análise.

A Teoria do Construcionismo Social trabalha com as questões de significado, realidade e relações sociais no envelhecimento. Beauvoir (1990) destaca que essa teoria contribui para a análise do envelhecimento mediante a observação de como os indivíduos participam da criação e da manutenção de significados para suas vidas.

O conceito de curso de vida refere-se à maneira como as instituições sociais moldam e institucionalizam as trajetórias de vida individuais nos domínios inter-relacionados da educação, da profissão e da família

As Teorias Feministas do Envelhecimento defendem que o gênero deveria ser o principal enfoque nas tentativas de compreensão do envelhecimento e do indivíduo idoso, pois ele constitui-se num princípio organizador para a vida social, durante todo o curso de vida.

A Teoria Crítica reúne proposições teóricas que emergiram recentemente na Gerontologia Social. Essa teoria focaliza duas dimensões, a estrutural e a humanística, e apresenta como base para a investigação gerontológica os conceitos de poder, de ação social e de significados sociais. De suas proposições destacamos a necessidade de crítica ao conhecimento já existente, e à cultura e economia vigentes, para a criação de modelos positivos de envelhecimento que ressaltem a diversidade do processo.

Beauvoir (1990) aponta o alto grau de abstração da teoria como sua principal lacuna, e destaca como sua principal contribuição a indicação de proposições de estudo na gerontologia voltados à perspectiva humanística.

2.5. CONTRIBUIÇÃO TEÓRICA PARA A COMPREENSÃO DO FENÔMENO DO ENVELHECIMENTO

As mudanças demográficas que acontecem no mundo, em que se revelam um significativo aumento proporcional de idosos na população, e a necessidade de compreendermos melhor o processo de envelhecimento, suas causas e conseqüências, têm sido o fator impulsionador para o crescimento da área da Gerontologia no meio científico.

O conhecimento nessa área é fragmentado em diferentes áreas científicas e, mesclado a mitos e verdades genéricas, pode ter contribuído para a manutenção da idéia de velhice associada à doença e à improdutividade. Enquanto os estudos desenvolveram-se em áreas específicas do conhecimento, o que verifica-se é que, a ciência não detectou, em toda a sua história, nenhuma causa direta ou nenhum gene ou fator ambiental único do envelhecimento e da morte. Hoje, admite-se que esse processo é causado por fatores heterogêneos que associam fatores genéticos com ambientais, incluindo aspectos sócio-econômico-culturais. Portanto, a temática envelhecimento em sua essência, um tema complexo no sentido dado a este termo por Morin (2002).

No caso das teorias biológicas do envelhecimento, podemos verificar que há uma multiplicidade de evidências quanto ao fator causador desse processo e cada uma

sugere ser um elemento a origem do processo de modificações associadas à idade, mas nenhuma, sozinha, é capaz de provar. A crença nos radicais livres como fator causador das mudanças no envelhecimento leva alguns médicos a indicação de vitaminas, outros, adeptos da restrição calórica, optam pelo regime alimentar, e ainda há os que indicam ambos. O mais interessante, entretanto, é que a recomendação quanto a adoção de um estilo de vida ativo acompanha a prescrição médica. Isto se deve ao reconhecimento de que, para intervir no processo de envelhecimento, não basta ater-se a um de seus fatores, dada a sua complexidade e multidimensionalidade, por isso todo estudo deve incluir as variáveis ambientais.

Se, por um lado, dizem Minayo e Coimbra Júnior.(2002, p.14), que “o ciclo biológico próprio do ser humano assemelha-se ao dos demais seres vivos - todos nascem, crescem e morrem -, por outro, as várias etapas da vida são social e culturalmente construídas”, o que é possível verificar através das teorias psicossociais. A concepção de velhice associada ao declínio é uma concepção clássica sobre o caráter involutivo da velhice, que foi validada cientificamente no século XX e que, associada ao fator econômico, deu origem às teorias psicossociais. Desenvolvidas em contextos sócio-históricos determinados, refletem as preocupações e ideologias vigentes em cada época, e sua sucessão, corresponde a evolução nas diferentes formas de compreensão da velhice.

As primeiras teorias psicossociais, a do desengajamento e a da atividade estão diretamente relacionadas ao surgimento de um novo fato social que é a aposentadoria. Terceira Idade é a nova categoria social que surge para designar o envelhecimento ativo e independente, concebido a partir dessas teorias e que é caracterizado pela ociosidade criativa e pela prática de múltiplas atividades físicas e culturais. É no bojo dessas teorias que nascem e multiplicam-se os programas voltados para idosos, originariamente, na forma de grupos de convivência.

Pelo fato de o fenômeno do envelhecimento estar, habitualmente, associado às mudanças físicas, tais como, perda de força, diminuição da coordenação e do domínio do corpo e deterioração da saúde, entre outras, e às mudanças cognitivas evocadas por problemas na memória e aquisição de novos conhecimentos, omitindo as diferenças individuais e a relação com fatores ambientais e sociais, a Terceira Idade como categoria social, já não dá conta da diversidade do fenômeno da

velhice. Estas alterações morfológicas e funcionais que ocorrem na velhice são consideradas normais e não constituem doença. Entretanto, a medida que a idade avança, os sintomas e expressões de dependência física e mental vão se acentuando. Daí a classificação que já está sendo utilizada pelos países europeus. A quarta idade compreende os idosos dos 75 aos 85 anos, e da quinta idade, os que estiverem acima desse patamar.

As primeiras iniciativas de programas de atendimento a idosos no Brasil datam da década de 60, com atividades definidas basicamente como de lazer. Nos anos 80, expandiram-se os programas e as atividades foram diversificadas. Quando a qualidade de vida, associada à saúde e à atividade física, passa a ser tema de grande relevância e diante do crescimento da população idosa e da expansão da longevidade, surgem os programas de atividade física para essa faixa etária.

As concepções tradicionais de velhice como doença, degeneração e declínio não atentam a heterogeneidade do processo, que é diferente para cada indivíduo, como também para a terceira idade, ativa, e a quinta idade, com maior probabilidade de dependência física ou mental. Emerge, então, na sociologia e na psicologia, uma concepção evolutiva de velhice na perspectiva teórica do curso de vida. É nesta perspectiva que encontramos explicações para as ações profissionais que investem nos potenciais que as pessoas ainda conservam para o seu funcionamento e desenvolvimento diante das mudanças evolutivas, como também para a compensação das perdas inerentes ao processo. Por outro lado, os próprios idosos ao aderirem aos programas estão contribuindo para a construção de cursos diferenciados de vida, participando da criação de novas expectativas para a velhice e de novas normas de comportamento para essa faixa etária.

O estudo do fenômeno do envelhecimento implica em reconhecer o que há de importante e específico nessa etapa da vida para que seja desfrutado, mas, também, deve compreender os sofrimentos, as doenças e as limitações. Portanto, significa dizer que a compreensão do processo de envelhecimento como fenômeno complexo e a relação com a qualidade de vida está associada a fatores como a adoção de um estilo de vida ativo, participação em grupos de convivência, saúde, desenvolver uma concepção evolutiva de velhice na perspectiva teórica do curso de vida e ações profissionais que investem nos potenciais que as pessoas ainda

conservam para o seu funcionamento e desenvolvimento diante das mudanças evolutivas.

3 QUALIDADE DE VIDA

O presente capítulo objetiva discutir a qualidade de vida e apresentar uma noção das medidas da qualidade de vida, sua relação na velhice e o instrumento WHOQOL-Bref abreviado. Diante do aumento da expectativa de vida, fenômeno vivenciado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, o grande desafio que apresenta é a manutenção da qualidade de vida em indivíduos com idade avançada. O conceito de Qualidade de Vida (QV) é amplamente discutido e constantemente revisado, sobretudo no que se refere à população de idosos (PASCHOAL, 2002).

Segundo Pereira, Cotta e Franceschini (2006), a transição demográfica representa um profundo impacto no modo de organização da sociedade, mas é na saúde que tem maior evidência, tanto por sua repercussão em nível assistencial como pela demanda por novos recursos e estruturas.

Paschoal (2002) refere que o fenômeno Qualidade de Vida tem múltiplas dimensões, como, por exemplo, a física, a psicológica e social, cada uma comportando vários aspectos. Entre eles, a saúde percebida e a capacidade funcional são variáveis importantes, que devem ser avaliadas, assim como o bem-estar subjetivo, indicadas por satisfação. Para Fleck (2000) o termo QV na literatura médica vem sendo associado a diversos significados, como condições de saúde e funcionamento social.

QV relacionada à saúde (*health related quality of life*) e estado subjetivo de saúde (*subjective health status*) são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de viver de forma plena.

Leva-se também em consideração as observações de Jannuzzi (2004) sobre o conceito de “Condições de Vida”. O conceito “poderia ser operacionalmente traduzido como qualidade de vida sendo primordial o nível de atendimento das necessidades materiais básicas para sobrevivência e reprodução social da comunidade” (JANNUZZI, 2004, p. 19). Nesse caso as dimensões operacionais de

interesse seriam as condições de saúde, habitação, trabalho e educação dos indivíduos da comunidade, dimensões para as quais existiriam estatísticas públicas disponíveis que possam ser combinadas em um sistema de indicadores sociais que represente, aproximada e operacionalmente, o conceito de condições de vida inicialmente idealizado.

A QV depende da interpretação emocional do sujeito dá aos fatos e eventos. A QV é cada vez mais reconhecida como uma avaliação fortemente dependente da subjetividade da pessoa. No campo específico da saúde física, por exemplo, há uma grande variabilidade entre as pessoas quanto à sua capacidade de enfrentar limitações físicas e doenças e suas expectativas sobre a sua saúde (XAVIER et al.,2003).

Joia (2007) relata que a QV e a satisfação na velhice têm sido muitas vezes associada a questões de dependência-autonomia, sendo importante distinguir os “efeitos da idade”. Algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades muito avançadas.

A maneira pela qual o idoso lida com os acontecimentos e quanto maior for sua relação com as condições psíquicas, maior se torna sua QV (TIMM, 2006).

A Organização Mundial de Saúde, representada pelo grupo WHOQOL, publicou em 1994 o conceito de qualidade de vida que adota e que, portanto, dá embasamento teórico ao desenvolvimento de seus instrumentos. Para a OMS, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL-Group,1994). Tal definição traz consigo três áreas de fundamentação, sobre as quais o conceito foi desenvolvido.

Primeiramente, a percepção subjetiva do indivíduo recebe especial destaque no conceito qualidade de vida da OMS e é incorporada e sua definição em três níveis. Um primeiro nível diz respeito à percepção subjetiva de uma condição objetiva (por exemplo, a percepção da adequação de uma situação social). O segundo nível relaciona-se com a percepção global subjetiva de funcionamento (por exemplo, o

quão bem um indivíduo dorme). E, em terceiro nível, há uma avaliação específica da percepção subjetiva (por exemplo, o quão satisfeito um indivíduo está com seu sono) (WHOQOL-Group,1995).

Como segunda área de fundamentação do conceito, salienta-se a multidimensionalidade do construto. Por este princípio, os instrumentos de aferição de qualidade de vida desenvolvidos pela OMS são compostos de domínios (por exemplo, domínios físicos, psicológicos e relacionamento social), ilustrando o entendimento de que qualidade de vida é um produto da interação de diversas áreas independentes da vida do indivíduo.

Em terceiro lugar, há o reconhecimento que o construto é composto de dimensões positivas (por exemplo, funcionalidade, mobilidade) e negativas (por exemplo, sentimentos negativos, dependência de medicações). Uma adequada aferição de qualidade de vida deve abordar a percepção subjetiva de ambas dimensões (WHOQOL-Group,1995).

3.1 QUALIDADE DE VIDA: medida possível?

Devido ao seu caráter abstrato e complexo, a avaliação da QV apresenta dificuldades e fica sempre a pergunta: É possível, então, se medir tal qualidade?

Cada pessoa é, antes de tudo, um indivíduo, alguém, uma alma, um ser humano. Portanto, é muito arriscado definir qualidade de vida como “o que a pessoa diz que é” (JOYCE et al.,1988). A ênfase no indivíduo difere da maioria das avaliações de qualidade de vida mais conhecidas no que concerne à rejeição da idéia de que se pode encontrar pistas comparáveis do que seja qualidade de vida entre indivíduos e, mais ainda, entre grupos e culturas. Do ponto de vista individual, os domínios da qualidade de vida devem ser escolhidos pelo próprio indivíduo e, então, avaliados em relação a seu ambiente, de forma que haja uma intersecção entre a pessoa e o ambiente (JOYCE et al,1999).

Adotando-se estritamente essa perspectiva, duas avaliações de qualidade de vida jamais podem ser iguais, uma vez que cada avaliação mostra uma experiência

individual que pode ser limitada pelo ambiente particular do indivíduo ou pelo momento específico. Portanto, é bastante complexo e subjetivo a avaliação da QV, demandando um esforço em busca de uma padronização dos métodos a fim de que seja possível proceder à comparações históricas e espaciais.

Muitos pesquisadores da qualidade de vida buscam um meio-termo no debate entre uma abordagem completamente idiográfica, que enfatiza o indivíduo, e uma abordagem mais cultural, que enfatiza o grupo e o geral. Alguns deles desenvolveram instrumentos individualizados ou gerados pelos pacientes que permitem que o respondente escolha os aspectos da vida a serem incluídos na avaliação (JOYCE et al.,1999).

Mais geralmente, os métodos de avaliação são padronizados de forma que as escalas de resposta sejam uniformes durante toda a administração do instrumento e sejam usadas estatísticas descritivas. Apesar de ter havido debate sobre a rapidez e a utilidade dessas avaliações individualizadas em ensaios clínicos (PATEL et al.,2003), essas avaliações abordam a noção essencial de que a qualidade de vida é uma questão individual.

Outros pesquisadores adotaram uma abordagem modular para a avaliação da qualidade de vida que engloba a variação cultural. Essa abordagem é ilustrada pelos instrumentos desenvolvidos pelos grupos provenientes da Organização Mundial da Saúde – o WHOQOL, ou World Health Organization Quality of Life Measures (WHOQOL Group, 1993;1994;1995;1996;1998). Na elaboração desse instrumento é feita uma busca pelo nomotético em temas sobre a qualidade de vida existente em diferentes línguas e culturas. O que “emerge” até o topo é considerado comparável entre culturas, embora a importância dos domínios nos instrumentos WHOQOL possa variar entre culturas (SKEVINGTON; O’CONNELL, 2004). Contudo, é possível que cada país ou cultura desenvolva módulos específicos para seus interesses e preocupações.

3.2 QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

Descobrir virtudes da velhice, prolongar a juventude e envelhecer com boa qualidade de vida individual e social têm sido preocupações sistemáticas do ser humano, manifestadas em diversas áreas do conhecimento. A preocupação com a qualidade de vida na velhice ganhou relevância nas últimas décadas, a partir do aumento da expectativa de vida possibilitada pelo acesso à um sistema social de saúde e de educação de maior qualidade ao saneamento básico ambiental mais eficiente aliado a melhoria de renda familiar. Enfim, o processo de urbanização no Brasil provocou uma mudança na estrutura qualitativa de serviços básicos importantes no aumento da esperança de vida, apesar deles, ainda, não terem alcançado o nível ideal. É neste contexto, que o debate sobre QV e envelhecimento se situa em países como o Brasil.

Segundo Lawton (1991), a qualidade de vida na velhice parte de uma avaliação multidimensional em relação aos critérios socionormativos e intrapessoais que buscam referência tanto nas relações atuais quanto nas passadas e também prospectivas na relação entre o idoso ou adulto maduro e o ambiente que o cerca. Dessa maneira, a qualidade de vida na velhice dependeria de muitos elementos em interação constante ao longo da vida do indivíduo. Tal idéia é reforçada por também pode ser entendida como um processo adaptativo multidimensional, a despeito da capacidade do sujeito para lidar com diferentes demandas (BALTES;BALTES,1990;BACKMAN;MANTYLA;HERLITZ,1990).

Contudo, apesar de haver praticamente um consenso em relação à percepção da qualidade de vida na velhice como sendo avaliada multidimensionalmente, não é tarefa simples especificar as dimensões e, sobretudo, os critérios para definir uma boa qualidade de vida nessa faixa etária. Isso porque existem diversas formas de ser velho e diferentes padrões de envelhecimento. À medida que o indivíduo vai ficando velho, acentuam-se algumas perdas biológicas (p.ex., nas capacidades sensoriais) e alteram-se padrões metabólicos (p.ex., o sono). Entre os problemas já referidos, também ocorrem perdas progressivas na memória e na comunicação, que podem ser agravadas por fatores orgânicos e psicológicos. A proximidade da morte, a insegurança em relação a doenças e o risco crescente de dependência

são aspectos importantes na determinação das perdas e do sentido de auto-eficácia (NERI; FREIRE, 2000).

Os idosos costumam ser mais suscetíveis a doenças, quer por causa de falhas no sistema imunológico, quer em virtude de seu estilo de vida anterior (NERI; FREIRE, 2000). Segundo Wilson (2004), o envelhecimento sofreria assim, a influência de doenças e de maus hábitos adquiridos durante a vida.

Os níveis de renda e de escolaridade, boas condições de vida e de saúde, uma satisfatória rede de amigos, a manutenção de relações familiares, o “estar ativo”, dentre outros fatores, podem contribuir para a qualidade de vida e para o bem-estar subjetivo, para o sentido de auto-eficácia e, conseqüentemente, para o funcionamento global dos idosos (NERI, 2000).

De forma inversa, a relação entre qualidade de vida e intensidade de sintomas depressivos e/ou níveis de desesperança no idoso também é estreita. Em um estudo realizado por Xavier e colaboradores (2003), idosos que avaliavam sua qualidade de vida como negativa apresentavam significativamente mais sintomas depressivos. De forma semelhante, a vulnerabilidade para a desesperança pode estar associada à severidade das perdas que a dependência impõe ou que é pressuposta por aquele que vive. Perdas que podem parecer óbvias – estado de saúde, capacidade para o trabalho e para as atividades da vida diária – podem, na verdade, ser apenas a ponta do iceberg. Outras percepções de perda, como auto-estima, de segurança, de papéis significativos na família e na sociedade, podem predispor à desesperança (Miller, 1992). Enfim, há o pressuposto de que a pessoa que tem capacidade de “ter esperança” consegue alcançar as melhores condições possíveis de saúde (CAPERNITO, 1995; FARRAN; HERTH; POPOVICH, 1995; MILLER, 1985).

Envelhecer satisfatoriamente depende, assim, do delicado equilíbrio entre os limites impostos pelos anos vividos e as capacidades/potencialidades do indivíduo. Tal relação irá possibilitar ao idoso lidar com diferentes graus de sucesso e com as perdas características do envelhecimento.

Para atender as demandas particulares do idoso, escalas capazes de avaliar precisamente fatores relacionados à qualidade de vida e ao processo de

envelhecimento de maneira ímpar são indispensáveis. Entre as disponíveis, genérica e especificamente, estão o Short-form Health Survey (SF-36), a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, o Geriatric Quality of Life Questionnaire, e o WHOQOL-100 Bref, este último vem sendo utilizado para avaliar especificamente a qualidade de vida em idosos.

3.3 WHOQOL-100 BREF (abreviado) – caracterizando a escala

A Organização Mundial da Saúde através do *World Health Organization Quality of Life*, o grupo WHOQOL, desenvolveu uma escala com base em uma perspectiva transcultural para avaliar Qualidade de Vida em adultos. Foram consideradas como características fundamentais o caráter subjetivo da Qualidade de Vida e sua natureza multidimensional (The WHOQOL Group, 1995).

O instrumento foi chamado de WHOQOL-100, e, a partir dele, originou-se o WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life), versão abreviada, constituída de 26 questões, que tem o mesmo objetivo. O WHOQOL-Bref divide-se em quatro domínios, os quais se propõem a avaliar, respectivamente: capacidade física (2 questões), bem-estar psicológico (7 questões), relações sociais (5 questões) e contexto ambiental (12 questões). Além disso, constitui-se de um domínio que avalia a QV global. Cada domínio é composto por questões, cujas alternativas variam numa intensidade de 1 a 5 (HWANG et al., 2003; FLECK, 2000b; LOUZADA et al., 2000; PEREIRA; COTTA; FRANCESCHINI, 2006).

A partir do processo de validação do WHOQOL-Bref no Brasil concluiu-se que o mesmo mostrou bom desempenho psicométrico, com características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critérios, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (Fleck, 2000b). A partir disso, concluiu-se que o instrumento está em condições de ser utilizado no Brasil (FLECK, 2000b).

O tempo médio de aplicação depende de uma série de fatores, tais como a escolaridade e a condição clínica do respondente, assim como da forma de administração do instrumento. A experiência provinda do processo de validação demonstra que o questionário pode ser respondido independentemente do nível de escolaridade formal do entrevistado e, em geral, não demanda muito tempo,

permitindo que o investigador inclua outras medidas de interesse junto com a de qualidade de vida (FLECK et al.,2000).

4 PESQUISA DE CAMPO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DE IDOSOS

O grupo de idosos escolhidos como alvo deste estudo faz parte da Associação Laramar para a Terceira Idade foi fundada em 15 de fevereiro de 1994 nas areias da Praia da Costa na cidade de Vila Velha-ES pela jornalista e gerontóloga Laramar Souza. O grupo hoje é composto por 60 idosos que, gratuitamente participam das atividades oferecidas. As atividades abrangem a ginástica integrativa, seresta, hidroginástica, desfiles, excursões e reuniões mensais para elaboração do planejamento semestral. Todos os eventos são realizados na praia, com apoio de patrocinadores que, atualmente, é a farmácia Saúde Farma. A missão da associação é trabalhar a envelhescência do ser humano que se inicia aos 40 anos. (blog.....)

4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa se desenvolveu em uma abordagem qualitativa e quantitativa. Em um primeiro momento, foi desenvolvida uma teorização sobre envelhecimento e sua complexidade, e ainda, uma contextualização sobre qualidade de vida. Em um segundo momento, foram analisadas variáveis que envolvem a condição do processo de envelhecimento e a relação com a qualidade de vida, utilizando como procedimento metodológico uma pesquisa de campo, cujo instrumento de coleta de dados foi o questionário WHOQOL-100 Bref abreviado. A aplicação do questionário teve como objetivo analisar a partir da visão do idoso, como ele percebe, avalia a sua qualidade de vida. O instrumento de coleta de dados, o questionário WHOQOL-Bref abreviado, é constituído de 26 questões, dividido em quatro domínios, os quais se propõem a avaliar, respectivamente: capacidade física, bem-estar, psicológico, relações sociais e contexto ambiental. Além disso, constitui-se de um domínio que

avalia a QV (qualidade de vida) global. Este instrumento foi escolhido por proporcionar maior confiança aos participantes, possibilitando a coleta de informações e respostas mais reais.

Os questionários foram aplicados a sessenta (60) idosos participantes da Associação Laramar². Não houve nesta pesquisa a preocupação em delinear determinada etnia, condição salarial ou nível de escolaridade, pois os idosos formam um grupo heterogêneo pertencendo a diversas etnias, diferentes níveis salariais e diversos níveis de escolaridade. O principal critério adotado foi que o idoso fosse membro da associação Laramar.

Foi acrescido ao instrumento WHOQOL-Bref abreviado questões pertinentes aos dados de identificação como idade, sexo, local de residência, ocupação atual, renda familiar e convivência familiar. Para analisar a participação dentro da associação Laramar e o processo de envelhecimento, foi questionado como ele vê o processo de envelhecimento na sua vida, a rotina antes de participar dos projetos oferecidos pela associação Laramar, se ocorreram mudanças na sua vida após a participação e há quanto tempo participa da associação.

² Sendo cinquenta e nove (59) mulheres e um (1) homem.

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS RESPONDENTES

As idades dos indivíduos entrevistados variaram de 60 a 85 anos, sendo que a média de idade ficou em 71,9, com um desvio-padrão de 6,4. Dos 60 participantes, 99,0% (59) eram do sexo feminino e 1 % (01) do sexo masculino. 61,7% (50) são casados, ou seja, 6,2%. Estes e outros dados quanta a renda e o ocupação podem ser visualizados de forma mais abrangente no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização da amostra Características n=60

Idade (anos) – Média ± DP 71,9 ± 6,4

Sexo - n(%)

Masculino	01 (1,0)
Feminino	59 (99,0)

Renda (s.m.) – n(%)

> 5	27 (45,0)
Entre 3 a 5	21 (35,0)
<2	12 (20,0)

Ocupação – n(%)

Aposentado	30 (50,0)
Doméstica	03 (5,0)
Cuidadora de netos	27 (45,0)

Mora com – n(%)

Familiares	33 (55,0)
Companheiro	21 (35,0)
Sozinho	06 (10,0)

A maioria dos entrevistados – 45% (27) – informou que a rotina de vida antes de participar do projeto era de muita dor no corpo, desânimo e solidão. Todos os participantes 100% (60) respondeu que ocorreram mudanças após a participação no projeto. 50% (30) relata participar do projeto há mais de 10 anos, 30% (18) entre 5 e

7 anos, 15% (9) há 3 anos e 5% (3) há 1 ano, sendo o último grupo, as empregadas domésticas.

5.2 DOMÍNIOS

As médias de escores dos domínios do WHOQOL-100 Bref (abreviado) teve distribuição de acordo com os quatro domínios, os quais se propõem a avaliar, respectivamente: capacidade física (2 questões), bem-estar psicológico (7 questões), relações sociais (5 questões) e contexto ambiental (12 questões). Além disso, constitui-se de um domínio que avalia a QV global.

Tabela 1 – Avaliação dos Escores do Whoqol-100 Bref

Variáveis	Média
WHOQOL-BREF	
Físico	68,69
Psicológico	69,08
Social	75,08
Ambiental	73,35
Global	66,05

Em relação à QV entre o homem e as mulheres, o primeiro apresentou menor Qualidade de Vida no domínio psicológico ($p= 0,006$). Este domínio está relacionado com dados relacionados à dor, tratamento médico diário, o quanto aproveita a vida, o quanto a vida tem sentido, segurança na vida diária e a relação do ambiente em que vive. O resultado do domínio confirma as respostas do entrevistado do sexo masculino que é um deficiente visual que se apresenta insatisfeito com a vida devido à dependência da esposa para a realização das atividades de vida diária. Também em relação ao uso de medicação diária, foram encontrados resultados estatisticamente significativos com os domínios físico e social de QV. Idosos que utilizam algum tipo de medicação diária apresentaram médias menores nos domínios referidos. Ainda em relação à saúde, foi perguntado o quão satisfeito você está com a sua saúde, e 65% (39) responderam está satisfeito, 25% (15) nem satisfeito, nem insatisfeito e 10% (6) muito satisfeitos, sendo que o grupo dos nem

satisfeitos e nem insatisfeitos são os mais idosos do grupo com média de idade de 85 anos.

No que se refere à realização de atividades de lazer, foram encontrados resultados significativos na correlação com os escores do WHOQOL-Bref nos domínios físico e psicológico. O grupo que realiza atividade de lazer apresenta melhor QV nesses domínios.

6 DISCUSSÃO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar os resultados obtidos na aplicação do instrumento WHOQOL–bref abreviado e sua relação com o envelhecimento e a qualidade de vida.

É prudente, ao iniciar a discussão dos resultados deste estudo, que seja considerado o fato de ele ter como população-alvo um grupo de idosos da cidade de Vila Velha - ES, que participa do projeto da associação Laramar que promove atividades ao ar livre. Neste sentido, pensa-se que Vila Velha é um lugar privilegiado, o que pode acabar influenciando os índices de QV desta amostra. Cabe lembrar que para a população de idosos de Vila Velha, a generalização dos resultados deste trabalho, demanda cuidado na medida em que a amostragem foi por conveniência num grupo de atividades físicas ao ar livre. A importância deste estudo é avaliar a partir da visão do idoso praticante das atividades promovidas pela associação Laramar, sua satisfação com a qualidade de vida.

Os idosos estudados são, na maioria aposentados e com renda familiar acima de cinco salários mínimos. A maioria do grupo mora no bairro Praia da Costa e Itapõa, o que confirma a relação entre renda e moradia, uma vez que os bairros citados são considerados bairro de classe média alta. Essas características foram encontradas em outros estudos (TIMM, 2006; PEREIRA; COTTA; FRANCESCHINI, 2006; JOIA et al., 2007). A grande maioria mora com marido e familiares e tem a saúde como maior motivo de preocupação. Apesar de 65% dos idosos possuírem renda abaixo de três salários mínimos, houve pouca referência à preocupação com a situação

financeira, o que nos leva a pensar que esses idosos possam estar financeiramente amparados por outros familiares, uma vez que esse grupo relatou morar com filhos, sobrinhos e/ou irmãos. Não houve diferença de QV entre os grupos com maior e menor renda, assim como no estudo de Pereira, Cotta e Franceschini (2006). Ao contrário do que mostram os estudos de Jakobsson, Hallberg e Westergren (2004) e Sherbourne et alii (1992), de que uma boa situação socioeconômica está associada a melhor Qualidade de Vida. Veras e Alves (1995) colocam que fatores socioeconômicos têm influência importante na QV da população por oferecer suporte material para o bem-estar do indivíduo, influenciando a qualidade na habitação, independência econômica e estabilidade financeira. Supomos que a QV esteja também relacionada ao lugar onde a pesquisa foi realizada.

Outra característica encontrada na população alvo e que corrobora a totalidade de estudos pesquisados (GARRIDO;MENEZES, 2002; HWANG et al., 2003; PEREIRA; COTTA; FRANCESCINI, 2006; TIMM, 2006; ARGIMON, 2002; JOIA et al., 2007) em população de idosos é a diferença entre o número de homens e mulheres, sendo as últimas predominantes. Isto espelha de certa forma, a própria estratificação da população brasileira, quando em 2010, no Brasil, 58,2% das pessoas com mais de 60 anos são mulheres. Esta predominância feminina caracteriza um fenômeno largamente estudado, chamado de “feminização da velhice”, que significa o aumento do número de mulheres na população idosa.

Em relação à QV entre homens e mulheres, ficou difícil fazer uma comparação ao gênero quanto ao domínio psicológico, uma vez que o grupo estudado só tinha um homem com características especiais, por ser deficiente visual. No entanto cabe ressaltar que, em outros estudos, a QV em mulheres é menor conforme estudo de Sprangers et al. (2000). Em estudo realizado com idosos de Teixeiras (MG), realizado por Xavier et al. (2003), a variável gênero teve influência significativa, porém pequena nos domínios físico, psicológico e ambiental, sendo os escores também maiores entre os homens. Talvez uma explicação aceitável para o grande número de mulheres no estudo esteja relacionada ao fato de as mulheres terem maior participação em grupos de convivência e outras atividades sociais, como, por exemplo, grupo de dança, oficinas de artesanato e até mesmo atividades da Igreja como concluíram Pereira, Cotta e Franceschini (2006).

Em relação à associação da variável idade com os domínios do WHOQOL-Bref, foram encontrados resultados significativos nos domínios ambiental e global. Quanto maior a idade há uma tendência na diminuição de Qualidade de Vida nos domínios citados. O que pode parecer óbvio pela idéia de fragilidade que, normalmente, o idoso muito idoso transmite. Segundo Joia et al. (2007), a QV na velhice tem sido muito associada a questões como independência e autonomia, sendo importante distinguir os efeitos da idade. Normalmente, um idoso de 80 anos tem suas capacidades diminuídas se comparados a eles mesmos quando tinham 70 anos. Entretanto, essa não é uma regra geral para todos os idosos, já que algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas funções cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades muito avançadas. Talvez o resultado de uma QV mais baixa nos aspectos ambiental e global para idades mais avançadas esteja relacionado ao modo pelo qual esses idosos percebem sua própria saúde e falta ou diminuição da autonomia. Argimon e Stein (2005) colocam que é possível supor que indivíduos com mais de 80 anos tenham uma saúde física mais debilitada do que indivíduos com menor idade e como os idosos perceberam saúde e autonomia?

Xavier et al. (2003) realizou um estudo em Veranópolis, no ano de 2003, com um grupo de octogenários que teve por objetivo analisar a definição dos idosos de qualidade de vida, bem como aspectos que os idosos consideravam como determinantes para uma boa Qualidade de Vida, através de perguntas abertas. Os resultados apontaram que 57% dos idosos definiam sua Qualidade de Vida atual com avaliações positivas. De acordo com as suas conclusões, QV positiva seria equivalente a uma pluralidade maior de categorias como atividade, renda, vida social e relação com a família, categorias diferentes de sujeito para sujeito para os idosos com forte caráter subjetivo. Em contraposição QV negativa seria equivalente a perda de saúde. O aspecto saúde apareceu como um bom indicador de qualidade de vida negativa, porém um indicador insuficiente de velhice bem-sucedida.

Os resultados apresentados por Xavier et al. (2003) corroboram os achados do presente estudo, quando considerados fatores relacionados à saúde física, como o uso de medicação diária, o que pode ser considerado com a perda de saúde pressupõe-se que a utilização de medicação diária esteja associada à existência de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e até mesmo depressão. Os sujeitos

que afirmaram não utilizar medicação diária apresentaram melhores escores de QV nos aspectos físico e social. Esse resultado leva-nos a considerar a importância da saúde física como fator preditivo de uma boa QV. Assim, pode-se levantar a hipótese de que idosos que sofrem de algum tipo de doença tendem a apresentar uma QV inferior. Cerca de 45% dos idosos entrevistados em Vila Velha ingerem medicação diariamente.

Os escores do WHOQOL-Bref constituem-se na distribuição de acordo com os quatro domínios, os quais se propõem a avaliar, respectivamente: capacidade física (2 questões), bem-estar psicológico (7 questões), relações sociais (5 questões) e contexto ambiental (12 questões). Além disso, constitui-se de um domínio que avalia a QV global. Quanto maior os escores, maior a QV. Entretanto, não existe um ponto de corte, o qual possa determinar a QV como boa ou ruim. Apesar disso, num parâmetro de 0 a 100, pode-se fazer uma comparação entre as médias dos próprios domínios do instrumento. Nessa perspectiva, as médias mais altas foram encontradas nos domínios social (75,08) e ambiental (73,35), seguidos do psicológico (69,08), físico (68,69) e global (66,05).

Segundo Neri (2000), a Qualidade de Vida na velhice tem relação direta com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Como foi visto na população em estudo, os aspectos ambientais e sociais se sobressaem em relação aos aspectos psicológicos e físicos. O instrumento utilizado avalia aspectos nos domínios social, ambiental, como, por exemplo, satisfação consigo mesmo e nas relações interpessoais (amigos, familiares), condições físicas do local de moradia, acesso a serviços de saúde, satisfação com meio de transporte, entre outros. Isso nos leva a crer que os aspectos ambientais e sociais encontram-se melhor contemplados do que outros aspectos nesse campo de investigação. Neri (2000) destaca que a adoção de políticas públicas que visem facilitar e promover a interação física, social e psicológica do idoso com o ambiente pode aumentar a sua eficácia e assim a QV real e percebida do idoso.

O papel de projetos como o da associação Laramar num país carente de políticas públicas para idosos preenchem um vazio deixado pela falta de políticas públicas atentando para o idoso e o processo de envelhecimento. Dessa forma, podemos

levantar a hipótese de que a própria participação na associação Laramar, onde foi aplicada a pesquisa, possa ser um dispositivo capaz de contribuir para a melhoria da QV nos aspectos social e ambiental dos idosos em estudo.

Resultados de outros estudos têm evidenciado forte associação entre o aspecto ambiental e a QV em idosos, podendo proporcionar sentimento de segurança, interação social, independência e bem-estar emocional (LAWTON, 2001; HWANG et al., 2003; MORAES; SOUZA, 2005).

Ainda em relação à oportunidade de realizar atividades de lazer, o presente estudo mostra correlação direta entre essa variável e os domínios físico e psicológico do WHOQOL-Bref. Apesar de grande diferença de indivíduos entre os grupos que tem oportunidade de realizar (80%) e os que têm pouco (20%) atividades de lazer, o primeiro grupo apresentou escores melhores de QV nos domínios físico e psicológico. Esses achados, igualmente, corroboram as conclusões de outros estudos, em que uma maior interação social pode elevar os níveis de QV (NERI, 2000).

O estado civil dos participantes não apresentou associação significativa nos escores social, psicológico, físico e ambiental de QV, assim como em outros estudos na cidade de Teixeira em MG (Pereira, Cotta e Franceschini, 2006) e de Veranópolis (RS) em 2007 (TIMM, 2006). Em contrapartida, Sprangers et al. (2000) concluíram que não ter companheiro está relacionado a baixos níveis de qualidade de vida. Também no presente estudo não foi encontrado resultado significativo com relação a variável situação de moradia. Nossa intenção era verificar se a QV diminui em idosos que moram sozinhos. Uma hipótese explicativa para esse resultado é de que mesmo idosos que vivem sós não deixam de estabelecer relações sociais e continuam ocupando um espaço dentro da comunidade.

Em relação aos escores do WHOQOL-Bref, os resultados apontam que quanto maior a intensidade de sintomas depressivos, menor é a Qualidade de Vida em todos os domínios do WHOQOL-Bref, o que vai ao encontro dos achados de outros estudos realizados com população de idosos.

Um estudo realizado por Trentini (2004) aponta que a intensidade de sintomas depressivos pode acabar fazendo com que o indivíduo avalie de forma negativa sua

Qualidade de Vida. Outros estudos, também, encontraram associação entre depressão e má Qualidade de Vida (HERRMAN et al., 2002; KUEHNER, 2002). O estudo realizado em Veranópolis, com uma população de octogenários, mostrou também associação inversa entre sintomatologia depressiva e satisfação com a vida (XAVIER et al., 2003).

A depressão, junto com a hipertensão arterial e as doenças coronarianas, está entre as enfermidades mais prevalentes em idosos (MORAES; SOUZA, 2005). Embora a depressão seja relativamente freqüente entre idosos, a sua identificação torna-se difícil até mesmo na prática clínica (Almeida e Almeida, 1999). Nessa população em estudo, pode-se afirmar que idosos com sintomas depressivos apresentaram menores escores de QV em todos os aspectos do que aqueles que não apresentaram sintomas para depressão. Entretanto, como em todo estudo transversal, encontra-se a limitação de que é difícil afirmar se esses idosos têm médias baixas de QV em função do possível humor deprimido ou se apresentam características para depressão em função de uma QV baixa.

Finalmente, podem-se considerar preditivos de QV, nesse grupo de idosos estudados, as seguintes variáveis: idade nos domínios ambiental e global; gênero feminino no domínio psicológico; realização de atividades de lazer nos domínios físico e psicológico; não utilização de medicação nos domínios físico e social; e baixa intensidade de sintomas depressivos em todos os domínios do WHOQOL-Bref.

7 CONCLUSÃO

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento pode ser considerado como um processo natural, inerente ao desenvolvimento de qualquer ser vivo, que ocorre a partir de sua criação. Iniciando-se em diferentes épocas para as diversas partes e funções do organismo, e ocorrendo em ritmo e velocidade diferentes para o mesmo ou diferentes indivíduos, esses processos implicam na diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência. Esta é acompanhada por alterações regulares na aparência, no comportamento, na experiência e nos papéis sociais (NERI,2000).

Um princípio fundamental do envelhecimento psicológico é que na velhice as pessoas conservam potenciais para o funcionamento e o desenvolvimento, os quais, no entanto, tendem a declinar nos anos mais tardios, quando as pessoas tornam-se vulneráveis e menos adaptáveis às alterações ambientais. Na velhice as capacidades cognitivas ligadas ao processamento da informação, à memória e à aprendizagem declinam, por causa das alterações sensoriais e neurológicas que acompanham o envelhecimento, contudo, as capacidades, cuja manutenção e aperfeiçoamento dependem de influências culturais, podem conservar-se e especializar-se, manifestando-se nos domínios profissional, do lazer, das artes ou do manejo das questões existenciais (NERI,2000).

O envelhecimento social passou a ser notado no Brasil a partir da década de 60, como uma das características do século XX. Assim como cresce a população idosa em números absolutos, aumenta a média de anos vividos por essa população, introduzindo a longevidade. Velhice sempre existiu, mas vivida de forma particular, individual. À medida que cresce o número de idosos e aumenta a média de anos vividos, a velhice passa a ser encarada como uma realidade social. A sociedade tem uma expectativa com relação ao comportamento dos mais velhos, e impõe regras que determinam como deve ser vivida essa etapa da vida. Essas regras não são universais e variam de acordo com a época e com a sociedade. Vivemos um momento em que a realidade social da velhice está em progressiva transformação. Os próprios idosos estão reagindo ao estigma de improdutivos, inativos, incompetentes, inúteis, dependentes, assexuados, e tantos outros, com suas novas experiências de envelhecimento (SIQUEIRA,2002).

Compreender o envelhecimento somente de um ponto de vista é reduzi-lo a uma visão parcial de sua ocorrência. Segundo Mercadante (1998, p.67), é necessário que se desenvolva uma visão ampla e profunda da velhice, compreendendo-a “[...] como um fenômeno multifacetado em que ao lado dos fatores biológicos, temos também as diversas situações psicológicas e sociais deste mesmo fenômeno”.

O envelhecimento é, portanto, um processo inerente a todo ser vivo, mas que, em se tratando do homem, assume dimensões que ultrapassam o “simples” ciclo biológico, nascer, crescer e morrer, pois tem também conseqüências psicológicas. Portanto, a velhice deve ser compreendida pela mútua dependência entre esses aspectos.

As abordagens biológicas, psicológicas e sociais demarcam uma visão pluralista e interdisciplinar na forma de conceber o envelhecimento. Morin (2002) destaca que para compreender um fenômeno é importante analisar a sua inter-relação, ou seja, sua abrangência e a necessidade de incluir para o entendimento, diversas áreas do conhecimento.

Participaram da pesquisa os sessenta (60) idosos participantes da Associação Laramar, sendo cinquenta e nove (59) do sexo feminino e um (1) do sexo masculino.

Para a coleta de dados o instrumento escolhido foi o questionário WHOQOL-100 Bref abreviado, constituído de 26 questões, dividido em quatro domínios, os quais se propõem a avaliar, respectivamente: capacidade física, bem-estar, psicológico, relações sociais e contexto ambiental. Além disso, constitui-se de um domínio que avalia a QV (qualidade de vida) global. Este instrumento foi escolhido por proporcionar maior confiança aos participantes, dado ao anonimato do mesmo, possibilitando a coleta de informações e respostas mais reais.

Mesmo não existindo um ponto de corte no instrumento utilizado para a avaliação de qualidade de vida nessa população de idosos, o estudo sugere uma qualidade de vida boa, se comparado aos limites do instrumento, cujos parâmetros variam de 0 a 100. Nessa perspectiva, as médias mais altas foram encontradas nos domínios social (75,08) e ambiental (73,35), seguidos do psicológico (69,08), físico (68,69) e global (66,05).

Segundo Neri (2000), a Qualidade de Vida na velhice tem relação direta com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar

comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Como foi visto na população em estudo, os aspectos ambientais e sociais se sobressaem em relação aos aspectos psicológicos e físicos. O instrumento utilizado avalia aspectos nos domínios social, ambiental, como, por exemplo, satisfação consigo mesmo e nas relações interpessoais (amigos, familiares), condições físicas do local de moradia, acesso a serviços de saúde, satisfação com meio de transporte, entre outros. Isso nos leva a crer que os aspectos ambientais e sociais encontram-se melhor contemplados do que outros aspectos nesse campo de investigação.

As idades dos indivíduos entrevistados variaram de 60 a 85 anos, sendo que a média de idade ficou em 71,9.

Parecem ser preditivos de uma boa Qualidade de Vida: ter menos idade, ser do sexo feminino, realizar atividades de lazer, não utilizar medicação diária e estar livre de sintomas depressivos.

Segundo Joia et al. (2007), a QV na velhice tem sido muito associada a questões como independência e autonomia, sendo importante distinguir os efeitos da idade. Normalmente, um idoso de 80 anos tem suas capacidades diminuídas se comparados a eles mesmos quando tinham 70 anos. Entretanto, essa não é uma regra geral para todos os idosos, já que algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas funções cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades muito avançadas.

Em função da relevância do estudo da Qualidade de Vida no idoso e da necessidade de estruturar programas de prevenção que acolham essa população emergente, sugerem-se outros estudos nesse âmbito, que venham auxiliar os profissionais da saúde e a população de um modo geral no que se refere aos cuidados com idosos e às peculiaridades do processo de envelhecimento.

8 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, A. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57 (jun.), n. 2B, p. 421-426, 1999.

ARGIMON, I. I. L. **Desenvolvimento cognitivo na Terceira Idade**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. PUC-RS. 2002

ARGIMON, I. I. L. e STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21 (jan.-fev.), n.1, p. 64-72. 2005.

BACKMAN, L.; MANTLYLA, T.; HERLITZ, A. The optimization of episodic remembering in old age. In: BALTES, P.B.; BALTES, M.M (Eds). **Successful aging: perspectives from the behavioral sciences**. Cambridge: Cambridge: Cambridge University, 1990.

BALTES, P.B.; BALTES, M.M. 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**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

BEAUVOIR, S.. **A velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRUHNS, H. T. "O corpo Contemporâneo". In BRUHNS, H.T.; GUTIERREZ, G.L.(orgs.) **O corpo e o Lúdico: Ciclo de Debates Lazer e Motricidade**. Campinas, SP: Autores Associados, Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, 2000.

CAPERITO, L.J. **Nursing diagnosis: application to clinical practice**. 6.ed. Philadelphia: Lippincott, 1995.

CÍCERO, M. T.. **Saber envelhecer e A Amizade**. Tradução de Paulo Neves. Porto Alegre: L&PM, 1997.

CRUZ, I. B. M.; SCHWANKE, C. H. A.. "Reflexões sobre a Biogerontologia como uma Ciência Generalista, Integrativa e Interativa". In: **Estudos Interdisciplinares Sobre Envelhecimento** – v.3. Porto Alegre: Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento da PROEXT/UFRGS, 2001.

DAMÁSIO, A.. **O Mistério da Consciência: do Corpo a das emoções ao conhecimento de si**. Tradução de Laura Teixeira Mota. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.p.187.

DEBERT, G. G. **A Reinvenção da Velhice**: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento. SP: Editora da Universidade de São Paulo: FAPESP, 1999.

ERIKSON, E. **Identidade, Juventude e Crise**. Nova York: Norton.1968.

FARRAN,C.J.;HERTH,K.A.;POPOVITCH,J.M. **Hope and Hopelessness**: critical constructs. Thousand Oaks: Sage,1995.

FLECK,M.P.A.;LOUZADA,S.;XAVIER,M.;et al. Aplicação da versão em Português do instrument abreviado de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF. **Revista Saúde Pública**,v.34,n.2,p.178-183,2000.

FLECK, M. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref" **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, pp. 178-183. 2000.

FREUD, S. O inconsciente. In _____.**Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro: Imago, v.XIV, 1915.

_____.Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica. In _____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro: Imago, v.XVII, 1919,p.174.

_____. O ego e o Id. In _____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro: Imago, v.XVII, 1923.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 24 (Supl. I), p. 3-6. 2002

GOFFMAN, E. **A Representação do Eu na Vida Cotidiana**. Petrópolis – RJ: Vozes, 1975

GUARDINI,R. **A aceitação de si mesmo**: As idades da Vida. São Paulo: Palas Athena, 1987,

HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos**. Tradução de Ana Beatriz Rodrigues e Priscila Martins Celeste. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

HERRMAN, H.; PATRICK, D.L.; DIEHR, P.; MARTIN, M. L.;FLECK, M.; SIMON, G. E. e BUESCHING, D. P. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. **Psychol méd.**, n. 32, p. 889-902.2002

HWANG, H.; LIANG, W; CHIU, Y.;LIN, M. Suitability of the WHOQOL-Bref for community-dwelling older people in Taiwan. **Age Ageing**, v. 32, n. 6, p 593-600. 2003

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2000**: Características da população e dos domicílios. Resultado do Universo.

JAKOBSSON, U.; HALLBERG, I. R.; WESTERGREN, A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Qual Life Res.**, v. 13, n. 1, pp. 125-36. . 2004.

JANNUZZI, P. M.. **Indicadores Sociais no Brasil: Conceitos, Fontes de Dados e Aplicações**. 3.ed. Campinas, SP: Ed. Alínea, 2004. 141 p.

JOIA, L. C. et al. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 41 (fev.), n.1. 2007

JOYCE, C.R.B.; Quality of Life: the state of the art in clinical assesment. In: WALKER,S.W.;ROSSER,R.M (Eds).**QoL: assessment and application**.Lancaster:MPT Press,1988,p.169-179.

JOYCE, C.R.B.; O´BOYLE, C.A.; MCGEE,H.M.(Eds.). **Individual quality of life: approaches to conceptualization and assessment**. London: Harwood Press, 1999.

KUEHNER, C. Subjective quality of life: validity issues with depressed patients. **Acta Psychiatr Scand.**, n. 106, p. 62-70, 2002

LAWTON,M.P. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: BIRREN,J.E.;LUBBEN,J.E.;ROWE,J.C.;et al. **The concept and measurement of quality of life in the frail elderly**. San Diego:Academic Press,1991.

LEFEBVRE, H. **A revolução Urbana**. UFMG, 2002. 178 p.

LEME, L.E. G. A Gerontologia e o Problema do Envelhecimento. Visão Histórica. In: PAPALÉO NETTO,M..**Gerontologia**.SP: Editora Ateneu, 1996.p.14.

LOPES, R.G. Diversidades na Velhice: Reflexões. In: **Velhices: Reflexões Contemporâneas**. São Paulo: SESC/PUC,2006,p.88.

MAFESSOLI, M.. **No Fundo das Aparências**. Tradução de Bertha Halpern Gurovitz. Petrópolis, RJ:Vozes, 1996.

MASCARO, S. A.. **O que é velhice**. São Paulo: Brasiliense, 1997.

MEDEIROS, S.A.R. **Revista Kairós**. NEPE - Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento Gerontologia, PUC-SP, Ano 1. n.1 São Paulo: EDUC, 1998,p.7.

MERCADANTE, E.F. A Identidade e a Subjetividade do Idoso. **Revista Káiros, Gerontologia**, PUC-SP, Ano 1 n.1. São Paulo: EDUC, 1998, p.67.

MERCADANTE, E.F. A Contrageneralização. **Revista Káiros**, Gerontologia, PUC-SP, Ano 7 n.1. São Paulo: EDUC, p.197- 198. 2004

MERCADANTE, E.F. Velhice: Uma questão Complexa. In: MERCADANTE, E.F. et al (orgs.) **Velhice, Envelhecimento, Complexi(idade)**: sociologia, Subjetividade, Fenomenologia e Desenvolvimento Humano. São Paulo: Vetor, 2005, p.22-33

MERCADANTE, E.F. A identidade e a Subjetividade do Idoso. **Revista Kairós, Gerontologia**, PUC-SP, Ano 1 n.1. São Paulo: EDUC, 1998, p.67.

_____. A contrageneralização. **Revista Kairós Gerontologia**, PUC-SP, Ano 7 n.1. São Paulo: EDUC, 2004, p.197-198.

_____. Velhice: Uma questão complexa. In: MERCADANTE, E.F. et al. (Orgs.) **Velhice, Envelhecimento, Complex(idade)**: Psicologia, Subjetividade, Fenomenologia e Desenvolvimento Humano. São Paulo. Vetor, 2005, p. 22- 33.

MILLER, J.F. Hope doesn't necessarily spring eternal: sometimes is has to be carefully mined and channeled. **AJN**. V.85, p 23-25, 1985.

MINAYO, M.C. **Violência contra Idosos**: o Averso do Respeito à Experiência e à Sabedoria. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004, p.12- 40.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR., C. E. A. (orgs.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 14.

MORIN, E. **O Problema Epistemológico da Complexidade**. Portugal: Men Martins, 2002.

MORAES, J. F. D.; SOUZA, V. B. A. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 4, p. 302-308. (2005

MUCIDA, A. **O Sujeito não Envelhece** – Psicanálise e Velhice. Belo Horizonte: Autêntica, 2004,

NERI, A. L. "Qualidade de Vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa." In _____ . (org.) **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papyrus, 1993.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. "Apresentação. Qual é a Idade da Velhice?" In _____ . (orgs.) **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papyrus, 2000.

NERI, A.L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. (Orgs) **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2001.

OLIEVENSTEIN, C. **O Nascimento da Velhice**. Bauru: EDUSC, 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Grupo Científico sobre la Epidemiología de Envejecimiento, Ginebra, 1984. **Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos**. Seria de Informes Técnicos 706

PACHECO, R. Contribuições da Psicanálise para o Envelhecimento. **Revista Kairós**. NEPE – Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento Gerontologia, PUC-SP, Ano 4. n.2 São Paulo: EDUC, 2005.

PATEL, K.K.; VEENESTRA, D.L.;PATRICK,D.L. A review of selected patient-generated outcome Measures and their application in clinical trials. **Valeu in Health**, v.6,n.5,p.595-603,2003.

PASCHOAL,S.M.P Estudo da velhice no século XX: qualidade de vida na velhice .In:NETTO,M.P. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 2002

PEREIRA, R.; COTTA, R.; FRANCESCHINI, P. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria RS**, v. 28 (jan./abr.), n. 1, p. 27-38. 2006.

PNUD:Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada In CARVALHO, M. C. B. et al. **Programa e serviços de proteção e inclusão social dos idosos**. São Paulo: IEE/PUC-SP; Brasília: Secretaria de Assistência Social/MPAS,2005.

RODRIGUES, N. C.. Terceira Idade: Vida e Plenitude. In SCHONS, C. R.; PALMA, L. T. S.(Orgs.) **Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre Gerontologia Social**. Passo Fundo: UPF EDITORA, 2000.

SIQUEIRA, M.E.C. “Teorias Sociológicas do Envelhecimento.” In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. RJ: Editora Guanabara Koogan S.A. 2002.

SCHWARTZMAN, S. Seminário sobre Política de Desenvolvimento Social. **Revista de Ciências Sociais**. Fortaleza: v. 5, n. 2, p. 101-111, 1974.

SCLIAR, M. “A miragem do rejuvenescimento”. In: Zero Hora, **Caderno Vida**, p.219..

SHERBOURNE,C.D.; MEREDITH, L.S.; ROGERS,W; WARE,J.E Social Support and Stressful life events: age differences in their effects on health related quality of life among chronically ill. **Qual life Res**.,v.1,n.4,p.235-246. 1992.

SKEVINGTON,S.M.; O’CONNELL,K.A.;WHOQOL.Group.Can we identify the poorest quality of life? Assessing the importance of quality of life using the WHOQOL -100. **Quality of Life Research**,v.13,n.1,p.23-24,2004.

SOUZA, M.. **Mudar a Cidade. Uma introdução crítica ao planejamento e à gestão urbanos.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

SPRANGERS, M. A.; PEGT, E. B.; ANDRIES, F.; VAN AGT,H. M.; RIJL, R. V.; BOER, J. B. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? **J Clin Epidemiol.**, v. 53, n. 9, p. 895-907. 2000.

TELES, C.M. **Terceira Idade Feminina: mitos e tabus na decisão de compra de cremes antiidade importados.** São Paulo: Machenzie, 2007.

TIMM, L.A. **A qualidade de vida no idoso e sua relação com o locus de controle.** Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia. PUCRS.2006.

TÓTORA, S. A vida nas Dobras...as Dobras na Velhice. In: A TERCEIRA IDADE. **Estudos sobre Envelhecimento.** V.19, n.43, outubro, p.29-36. São Paulo: SESC, 2008.

TRENTINI, C. M. **Qualidade de vida em idosos.** Tese de doutorado.Porto Alegre, RS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2004

VARELLA, A. M. S. **A Resiliência e Desenvolvimento Pessoal:** Mais possibilidade de se Envelhecer? São Paulo, 2003. p.3. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Núcleo de Pesquisa do Envelhecimento, PUC-SP.

VERAS, R. P.; ALVES, M. I. C. "A população idosa no Brasil:considerações acerca do uso de indicadores de saúde". In: MINAYO,M. C. **Os muito Brasis: saúde e população na década de 80.** Rio de Janeiro, Hucitec.1995

WHOQOL GROUP. WHOQOL Group, study protocol for the World Health Organization Project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*,v.2,p.153-159,1993.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization Quality Life Assessment Instrument. In: ORLEY,J.;KUYKEN,W.(Ed). **Quality of life assessment: international perspectives.** Berlin: Springer,1994.p.41-57.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment: position paper from the world health organization. **Social Science and Medicine**, v.41,p.1403-1409,1995.

WHOQOL Group. What quality of Life? The World Health Organization Quality of Life assessment. **World Health Forum**,v.17,p.354-356,1996.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, v.46,p.1585-1596,1998.

WILSON, J.F. **Atividade Física e envelhecimento saudável**. 2004. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

XAVIER, F.M. et al. Elderly people's definition of quality of life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.25, n.1, p.31-39, 2003.

APENDICE A – WHOQOL – ABREVIADO (Versão em Português)

PARTE 1 – INFORMAÇÕES GERAIS

A- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1- Idade: _____ Sexo: _____
2- Local de Residência (Bairro): _____
3- Ocupação atual: _____
4- Renda financeira: () até 2 salários mínimos () 3 a 5 salários mínimos () acima de 5 salários mínimos.
5- Reside com familiares? Sim () Não () Quem: _____

B- SOBRE VOCÊ, RESPONDA:

- 1- Como você vê o processo de envelhecimento na sua vida?
- 2- Como era sua rotina antes de participar do Projeto e quais os fatores que a motivaram integrar nele?
- 3- Ocorreram mudanças na sua vida após a participação no Projeto?
() Sim () Não Se sim, quais?
- 4- Participa do Projeto desde quando?

PARTE 2 - WHOQOL – ABREVIADO (Versão em Português)

SOBRE A SUA QUALIDADE DE VIDA, CIRCULE NO NÚMERO QUE LHE PARECE A MELHOR RESPOSTA.

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

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

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

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

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

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

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

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

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades	1	2	3	4	5

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

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

		nunca	Algumas vezes	freqüentement e	Muito frequentem ente	semp re
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?
.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO