

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

**Análise Bioecológica da Qualidade de Vida do Idoso: Considerações sobre o
Microssistema Familiar**

Fernanda Ribeiro Machado

Goiânia – Goiás

Fevereiro de 2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

**Análise Bioecológica da Qualidade de Vida do Idoso: Considerações sobre o
Microssistema Familiar**

Fernanda Ribeiro Machado

Dissertação apresentada ao Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Dr. Sebastião Benício da Costa Neto.

Goiânia – Goiás

Fevereiro de 2010



Pró-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa

Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

Folha de Avaliação

Fernanda Ribeiro Machado

**Análise Bioecológica da Qualidade de Vida do Idoso: Considerações sobre o
Microssistema Familiar.**

Esta dissertação foi apresentada à banca como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Goiânia, fevereiro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Sebastião Benício da Costa Neto / PUC GOIÁS (Presidente da Banca)

Dra. Ilma Aparecida Goulart de Souza Britto / PUC GOIÁS (Membro Convidado)

Dra. Maria Ângela Mattar Yunes / FURG (Membro Convidado)

Dr. Fábio Jesus Miranda (Membro Suplente)

Dra. Filomena Guterres Costa / PUC GOIÁS (Membro Convidado)

Este trabalho é dedicado ao meu querido avô Pedro, que me proporcionou muita satisfação e alegria de viver. Devo ao meu avô tudo que sou hoje, inclusive meu amor pelos idosos. Este trabalho é uma tentativa de reconhecer a imensa importância dos membros idosos para as famílias e para sociedade. Ao meu avô dedico este trabalho, minha trajetória profissional e minha fé nos seres humanos.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, meu Eu superior, que me guiou durante o percurso deste trabalho, mostrando quais caminhos deveria seguir, que me protegeu em cada parte deste caminhar, deu-me saúde e discernimento para realizar minha tarefa. Agradeço, principalmente, porque sem a fé nada disso teria sentido para mim.

Obrigada ao meu querido orientador, Prof Dr. Sebastião Benício da Costa Neto. A ele, toda minha admiração, especialmente pela forma com que consegue firmar tantos compromissos e realizar cada um deles como se fossem únicos, com tanto capricho e dedicação. Agradeço todo suporte oferecido a mim, envolto de profissionalismo e, sobretudo, humanidade. A ele, o meu muito obrigada, de coração.

Agradeço a Doutora: Dra. Maria Ângela Mattar Yunes, pela disponibilidade para compor banca e, particularmente, pela competência e seriedade no exercício do fazer científico.

Agradeço de modo especial à Professora Dra. Ilma Aparecida Goulart de S. Brito pelo carinho, simpatia, disponibilidade e, principalmente, pela excelente maneira com que transmite seus primorosos conhecimentos.

Obrigada à Dra. Filomena Guterres. Sinto-me honrada em poder receber a participação na banca de avaliação de meu trabalho, de uma figura profissional que se dedica ao tema dos idosos com tanta seriedade e brilhantismo.

Obrigada ao Professor Dr. Fábio Jesus Miranda pela maneira interessante e bem humorada que encara grandes questões científicas, tornando a busca pelo conhecimento um caminho mais prazeroso e instigante.

Agradeço a meus pais. Em especial, à minha querida mãe que, além da vida, me ofereceu suporte, amor, apoio, atenção, carinho, compreensão e incentivo. Minha mãe é meu exemplo de vida e de luta, o qual me sinto imensamente privilegiada em poder seguir.

Agradeço a minha irmã Mariana. Sem ela, este trabalho possuiria bem menos brilho. Agradeço por cada contribuição, correção e crítica. Agradeço pela existência desse anjo na minha vida que me protege e ajuda incondicionalmente. Agradeço também pelo afilhado maravilhoso que ela me deu e que proporciona alegria no meu cotidiano, possibilitando que eu leve adiante meus projetos com muita satisfação.

Agradeço a disponibilidade, paciência e carinho do meu companheiro, aquele com quem quero envelhecer, crescendo a cada dia em amor e admiração.

A todos os idosos que conversaram comigo durante realização da pesquisa. Obrigada aos participantes que enriqueceram não só o meu trabalho, mas também a minha vida, pois a sabedoria de quem já muito viveu, retratada em suas histórias tão gentilmente compartilhadas, comoveu-me e me fez amar ainda mais essa população. A todos os familiares dos idosos que se dispuseram a participar. Foi muito satisfatório identificar as preocupações verdadeiras das famílias que buscam proporcionar melhores condições de vida para o idoso.

Obrigada à equipe gestora da UNATI, Universidade da Terceira Idade, pela atenção, apoio e disponibilização da amostra utilizada neste trabalho.

Agradeço a todos os funcionários do programa de mestrado, em especial à secretária Glenda, por gentilmente contribuir com informações necessárias e importantes.

Obrigada a todo competente corpo docente do programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, que possibilitou engrandecimento teórico e esclarecimentos imprescindíveis na prática da pesquisa.

Agradecimento especial aos professores: Ms. Agda Ferreira Soares Dias e Dr. Weber Martins pela gentileza de auxiliar as operações no programa estatístico SPSS.

Obrigada as minhas amigas que compartilharam este momento tão especial comigo, oferecendo-me apoio e incentivo. Obrigada, também, a todos os colegas que tive o privilégio de conhecer no mestrado pelo companheirismo e troca de experiências.

Agradeço a minha secretária Rita que, com sua eficiência e gentileza, contribuiu para o estabelecimento de uma agenda organizada e resolutiva, permitindo que esta pesquisa fosse realizada paralelamente aos atendimentos clínicos.

Obrigada a minha psicoterapeuta, Dra Claudia Barrozo, pelo incentivo que permitiu que este mestrado fosse concluído de maneira leve e positiva.

Para cada coisa há uma estação e um tempo para cada propósito sobre a terra; um tempo para nascer e outro para morrer, um tempo para plantar e outro para colher o que foi plantado, um tempo para destruir e um tempo para construir; para chorar e um tempo para rir; um tempo para lamentar e outro para dançar, um tempo para se desfazer das pedras e outro para colhê-las, um tempo para guardar e outro para se jogar fora. Um tempo de guerra e um tempo de paz.

(Ecle, 3:1-8)

Resumo

O presente trabalho apresenta revisão teórica e pesquisa empírica sobre a participação das relações familiares na qualidade de vida do idoso. Adotou-se como referencial os preceitos da Teoria Ecológica Sistêmica de Bronfenbrenner. A apresentação do estudo utilizou como diretrizes de publicação as regras exigidas pela Revista Reflexão e Crítica. O capítulo 1 apresenta uma revisão teórica realizada a partir da investigação bibliográfica relacionada aos temas: Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, qualidade de vida, relações familiares e envelhecimento. Nos Capítulos 2 e 3, temos os artigos referentes à pesquisa de campo realizada com idosos e seus familiares. Verificou-se que as relações dentro do microsistema familiar consistem em um aspecto fundamental para construção da qualidade de vida do idoso.

Palavras-Chave: Qualidade de vida; Idoso; Microsistema familiar; Desenvolvimento humano.

Abstract

This paper presents theoretical review and empirical research on the interference of family relationships in the life's quality of the elderly. It was adopted as reference the concepts of Bronfenbrenner's Systemic Ecological Theory. The presentation of the study used as guidelines for publication the rules required by the Journal *Psicologia: Reflexão & Crítica*. Chapter 1 presents a theoretical review carried out by taking as a starting point bibliographical investigation related to the themes: Bio-ecological theory of Bronfenbrenner, quality of life, family relationships and aging. In Chapters 2 and 3, we have the papers on field research conducted with older people and their families. It was found that the relationships within the family micro-system consist in a fundamental aspect for building quality of life for the elderly.

Keywords: Quality of life; Elderly; Family microsystem, Human development.

Lista de Tabelas

Capítulo II

Tabela 1	Dados Sociodemográficos e Clínicos dos Idosos Submetidos à Avaliação da Qualidade de Vida.....	58
Tabela 2	Dados Sociodemográficos dos Familiares Participantes.....	59
Tabela 3	Média Percentual e Desvio Padrão dos Domínios do WHOQOL-Abreviado dos Idosos Submetidos à Avaliação de Qualidade de Vida.....	60
Tabela 4	Média Percentual e Desvio Padrão dos Domínios do WHOQOL-OLD dos Idosos Submetidos à Avaliação de Qualidade de Vida.....	61
Tabela 5	Comparativo entre Média Percentual e Desvio Padrão dos Domínios do WHOQOL-Abreviado e do WHOQOL-OLD no Grupo de Idosos com Diagnóstico Clínico e no Grupo Sem Diagnóstico Clínico.....	61
Tabela 6	Dados do Questionário Circular de Percepção da Qualidade de Vida na Terceira Idade - Participantes Idosos.....	64
Tabela 7	Dados do Questionário Circular de Percepção da Qualidade de Vida na Terceira Idade - Participantes Familiares Cuidadores.....	64

Capítulo III

Tabela 1	Frequência de Categorias e Subcategorias Temáticas dos Idosos Submetidos à Avaliação de Qualidade de Vida.....	84
Tabela 2	Frequência de Categorias e Subcategorias Temáticas dos Familiares dos Idosos Submetidos à Avaliação de Qualidade de Vida.....	94
Tabela 3	Comparação da Frequência de Categorias e Subcategorias Temáticas dos Idosos e Seus Familiares Submetidos à Avaliação de Qualidade de Vida.....	103

Lista de Figuras

Capítulo I

Figura 1 O sistema ecológico de Bronfenbrenner..... 31

Sumário

Apresentação.....	16
Introdução.....	21
Capítulo I – O Microsistema Familiar e a Qualidade de Vida do Idoso.....	26
O Envelhecimento e o Desenvolvimento Humano.....	26
A Qualidade de Vida e as Relações Familiares.....	34
Referências Bibliográficas.....	43
Capítulo II – A Qualidade de Vida e Envelhecimento: As Percepções do Idoso e da	
Família.....	46
Folha de Rosto Sem Identificação.....	46
Resumo.....	47
Abstract.....	48
A Qualidade de Vida e Envelhecimento: As Percepções do Idoso e da Família.....	49
Objetivos.....	50
Método.....	52
Participantes.....	52
Instrumentos.....	52
Procedimentos.....	55
Resultados.....	57
Discussão.....	66
Considerações Finais.....	70
Referências Bibliográficas.....	73
Capítulo III – Envelhecer com Qualidade de Vida: A Influência das Relações Familiares.	75
Folha de Rosto Sem Identificação.....	75
Resumo.....	76

Abstract.....	77
Envelhecer com Qualidade de Vida: A Influência das Relações Familiares.....	78
Objetivos.....	80
Método.....	80
Participantes.....	80
Instrumentos.....	80
Procedimentos.....	81
Resultados.....	83
Descrição das Categorias e Subcategorias Temáticas da Qualidade de Vida dos Idosos Segundo Eles Mesmos.....	87
Descrição das Categorias e Subcategorias Temáticas da Qualidade de Vida dos Idosos Segundo os Familiares.....	97
Discussão.....	105
Considerações Finais.....	112
Referências Bibliográficas.....	113
Anexos.....	115
Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Idoso.....	115
Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Familiar.....	118
Anexo C: Ficha de Características Sócio-demográficas.....	121
Anexo D: Questionário Circular de Percepção da Qualidade de Vida na Terceira Idade.....	122
Anexo E: WHOQOL – Abreviado.....	124
Anexo F: WHOQOL – OLD.....	127
Anexo G: Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada - Idoso.....	133
Anexo H: Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada – Familiar.....	135

Anexo I: Diretrizes para o autor da revista Psicologia: Reflexão e Crítica..... 137

Apresentação

Entre os anos de 2004 e 2006, desenvolvi trabalho como professora no Programa de extensão Universidade Aberta a Terceira Idade (UNATI), da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, onde ministrei uma disciplina do primeiro período. Essa disciplina tinha como objetivo principal promover a integração grupal, permitindo a participação e reflexão dos alunos por meio de técnicas e vivências grupais.

A meta da UNATI-PUC/GO é democratizar o saber, possibilitando às pessoas idosas o acesso à Universidade, na perspectiva da educação continuada, com resgate da cidadania e com o desenvolvimento do espírito de convivência. A UNATI-PUC/GO também se propõe a despertar nos alunos idosos a consciência da responsabilidade social, motivando-os a assumir presença efetiva nas organizações da sociedade civil e movimentos sociais.

Paralelamente à atividade como professora colaboradora neste curso de extensão, realizei, e ainda realizo, trabalhos na área de neuropsicologia, em clínica particular (CIPPE), por meio de avaliações neuropsicológicas para auxílio diagnóstico médico neurológico.

A avaliação neuropsicológica constitui-se de uma seqüência de testes que avaliam o comportamento e a cognição. Neste procedimento, são utilizados instrumentos especificamente padronizados para avaliação das funções neuropsicológicas, examinando as habilidades de atenção, percepção, linguagem, raciocínio, abstração, memória, aprendizagem, visuoconstrução, afeto, funções motoras e executivas. Os resultados são interpretados utilizando-se escalas, que podem alternar desde os desempenhos decididamente superiores à média até os gravemente comprometidos.

No Instituto de Medicina Nuclear de Goiânia (IMEN), também lido com a neuropsicologia, empregado avaliações de rastreio ou *screening* cognitivos, que consistem em avaliações neuropsicológicas reduzidas para identificar possíveis sinais de alterações cognitivas. O *screening* cognitivo diferencia-se e não substitui a avaliação neuropsicológica

completa, porque é pouco sensível para detectar variações cognitivas sutis, embora possa indicar algumas possibilidades de disfunção. No IMEN, estes testes são aplicados em pacientes que submetem-se aos exames *PET* (Tomografia por Emissão de Pósitrons) e *SPECT* (Tomografia por Emissão de Fótons), como complementação à interpretação das imagens cerebrais.

O contato freqüente com o idoso chamou minha atenção para alguns aspectos. Percebi que muitos idosos, ao procurar os serviços da UNATI, ingressam no curso com autoestima rebaixada, tristes e confusos intelectualmente. Queixas freqüentes em relação às famílias estão presentes nestes idosos. Pude, também, perceber que os idosos satisfeitos com sua condição estabelecem vínculos familiares muito diferentes daqueles que demonstram pouca qualidade de vida.

Após, aproximadamente, mais de 1000 exames de rastreio realizados no IMEN, percebi, além disso, que os idosos ativos, ou seja, que ainda trabalham, ou mesmo que realizam atividades que lhes dão prazer, obtêm resultados melhores nos *screenings* cognitivos do que aqueles que se entregam à estagnação.

A minha experiência na aplicação de testes de rastreio demonstrou que, usualmente, o idoso que se apresenta para realização do exame de bom humor, que possui atividades diárias e relata boas relações familiares alcança escores satisfatórios nos testes e dificilmente apresentam algum tipo de alteração cognitiva significativa. Via de regra, os idosos desanimados, que não realizam atividades sócio culturais e que reclamam de relacionamentos familiares complicados costumam apresentar escores inferiores em suas funções neuropsicológicas.

Viver essas realidades despertou o interesse em pesquisar sobre quais seriam os aspectos que contribuem para uma melhor qualidade de vida do idoso.

Nos cem últimos anos, envelhecer tornou-se comum. Calcula-se que em muitas nações o número de pessoas que vivem com mais de sessenta e cinco anos aumentou significativamente devido a diversos fatores: aumento da expectativa de vida, queda da natalidade, melhoria das condições médicas e sanitárias etc.

Como processo natural do envelhecimento, o indivíduo passa por modificações fisiológicas, com maior fragilidade e aumento das possibilidades de intercorrências patológicas, nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. No aspecto social, destacam-se as perdas de papéis ocupacionais significativos com restrição, muitas vezes, à participação no contexto. As famílias podem passar por inúmeras dificuldades neste momento do ciclo de vida, principalmente para acompanhar as mudanças de papéis de seus membros.

A dificuldade da família em lidar com as mudanças nesta nova etapa de vida pode limitar e restringir o seu curso desenvolvimental, restando saber de que forma este contexto familiar influencia na qualidade de vida de seu membro em processo de envelhecimento.

No primeiro semestre de 2006, ao cursar, como aluna extraordinária de mestrado, a disciplina “Tópicos Especiais em Psicologia do Desenvolvimento”, entrei em contato com as idéias ecológicas de Bronfenbrenner. Entendendo a velhice como parte do desenvolvimento humano, percebi que as postulações de Bronfenbrenner possibilitariam a realização de um estudo bioecológico sobre esta faixa etária.

Considerar o contexto é uma tarefa que já faz parte de minhas observações profissionais, principalmente após a minha formação em terapia de família, que teve embasamento teórico sistêmico cibernético, no qual o indivíduo não é visto afastado do contexto de suas relações.

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento aproxima-se das noções sistêmicas das relações familiares e, diante das indagações científicas, mostra-se satisfatória para realizar a

observação de como o microsistema primário, a família, pode ou não contribuir para a construção de uma velhice com qualidade de vida.

Com o objetivo de responder tais indagações, realizou-se uma pesquisa de campo, buscando dados quantitativos e qualitativos a respeito da qualidade de vida dos idosos e de seu relacionamento familiar.

Inicialmente, o propósito foi o de elaborar a pesquisa a partir de uma amostra de 20 idosos e seus familiares, colhendo os elementos necessários por meio de entrevistas semi-estruturadas, que forneceriam os dados qualitativos, bem como de questionários, que proveriam os escores constituintes da parte quantitativa. Contudo, para uma melhor análise estatística dos dados quantitativos, optou-se por acrescentar mais dez sujeitos ao grupo de idosos. Estes sujeitos complementaram a amostra dos idosos exclusivamente no que tange ao aspecto quantitativo, respondendo os questionários WHOQOL-Abreviado e WHOQOL-OLD.

A análise dos resultados obtidos disponibilizou uma grande quantidade de dados, o que permitiu o desdobramento do estudo em dois artigos. Os artigos confeccionados a partir da pesquisa são independentes, embora tenham emergido praticamente da mesma amostra.

Para melhor apresentação desses resultados em um único trabalho, utilizou-se um formato contendo uma revisão teórica, seguida por dois artigos científicos. A revisão teórica traz os temas que serviram de embasamento para todo estudo, sendo eles: qualidade de vida, Teoria Bioecológica do Desenvolvimento, envelhecimento e relações familiares. Em seguida, apresentam-se dois artigos. O primeiro descreve a análise dos resultados quantitativos obtidos a partir da aplicação de questionários em trinta idosos e vinte familiares. O segundo artigo, por sua vez, descreve a análise dos resultados qualitativos que foram colhidos das entrevistas realizadas com vinte idosos e vinte familiares.

A formatação do trabalho adotou as diretrizes sugeridas pela revista científica “Psicologia: Reflexão & Crítica”. A referida revista segue as normas da APA (*American*

Psychological Association). Todavia, existem especificidades de formatação exigidas pela revista em função da editoração. Por esse motivo, alguns aspectos sugeridos pela revista não foram seguidos nesta versão do trabalho.

O primeiro deles é o fato do trabalho não apresentar alinhamento à esquerda, como exige a revista, mas sim possuir a formatação justificada, que proporciona melhor visualização. Outra circunstância que foge aos ditames da publicação mencionada é o fato de que o número de páginas dos artigos nesta versão excede a quantidade de 25 páginas estabelecida pela revista. A opção de não reduzir o número de páginas dos artigos foi tomada a partir do entendimento de que, para permitir melhor compreensão do estudo como um todo, seria salutar manter descrição mais detalhada da pesquisa.

A revista científica “Psicologia: Reflexão & Crítica” também prescreve, para fins de editoração e diagramação, que as tabelas e as figuras utilizadas no estudo sejam apresentadas ao final, com indicação no corpo do texto do local em que o autor pretende inseri-las. Visando facilitar a leitura do trabalho e proporcionar melhor compreensão ao leitor, neste trabalho, as tabelas e a figura foram inseridas exatamente no local onde a pesquisadora entende que deveriam ser exibidas.

A adoção desse formato diferenciado para a apresentação da pesquisa, renunciando às formas tradicionais e já conhecidas de monografia, justifica-se pela pretensão de se buscar futura publicação do trabalho no periódico escolhido como referência.

Introdução

A realidade do ser humano se dá na interação com seu ambiente, seus relacionamentos demarcam e qualificam sua existência. Ao longo do desenvolvimento, estes relacionamentos sofrem modificações e apresentam características próprias, não sendo diferente quando se chega ao estágio da velhice. No momento em que o envelhecimento populacional é um processo evidente, é importante conhecer a formatação das relações do idoso com o microsistema familiar. Desta maneira, identificar os fatores que contribuem para um envelhecer saudável e com qualidade de vida.

Assim como outros países do mundo, o Brasil está em processo de envelhecimento. Estima-se que até o final deste século, a expectativa de vida da população terá aumentado em 20 anos. A longevidade pode ser considerada uma das grandes conquistas do século XX. O envelhecimento populacional começou em épocas diferentes, em países diferentes e vem evoluindo em proporções variantes (Araújo & Alves, 1999).

A velhice não pode mais ser esquecida como objeto de estudo, tanto pelo grande número de pessoas com idade avançada quanto pelas especificidades de cuidados que esta população exige (Zaslavsky & Gus, 2002). A idade avançada apresenta características e valores próprios nos quais ocorrem modificações no indivíduo, tanto na estrutura orgânica, como no metabolismo, equilíbrio bioquímico, imunidade, nutrição, mecanismos funcionais, características intelectuais, sociais e emocionais (Stuart-Hamilton, 2002). Para Motta e Aguiar (2007), esse processo marcante de envelhecimento populacional desperta a necessidade de ampliação do debate sobre o tema como presente na Política Nacional do Idoso (PNI/Lei 8842/94 – Brasil), que objetiva a criação de condições para promover a longevidade com qualidade de vida.

As alterações fisiológicas e patológicas que caracterizam a população idosa, muitas vezes, causam crescente dependência, sendo necessário um aprofundamento de conceitos, tais como o de prevenção e o de suporte e apoio social. As situações de perda e morte devem ser enfrentadas pelos profissionais em conjunto com as famílias e cuidadores dos idosos (Motta & Aguiar, 2007).

O aumento mundial do número de pessoas idosas nas últimas décadas não está acompanhado, em geral, de qualidade de vida para esta faixa populacional. Vale lembrar que a velhice foi, em várias ocasiões, esquecida como parte dos estudos do desenvolvimento humano (Motta & Aguiar, 2007).

A psicologia do desenvolvimento, ao longo da evolução e das exigências sociais, foi acometida por novas considerações mais amplas e completas. Bronfenbrenner (1996) oferece uma nova perspectiva do desenvolvimento humano, que é por ele definido como uma mudança duradoura na percepção e relação do indivíduo com seu ambiente. O ambiente, para Bronfenbrenner, é uma composição de contextos ecológicos com características, estruturas e relações que se encaixam e que são dinâmicas.

A velhice, como outros estágios do desenvolvimento, exige modificações no status dos relacionamentos e adaptações ao ambiente. Investigar de modo ecológico esta fase consiste em considerar as modificações do indivíduo em interação com o contexto.

A noção de qualidade de vida perpassa pela ecologia de Bronfenbrenner, porquanto um acordo em sua definição é dificultado em razão das diferentes condições vivenciadas. Definir qualidade de vida depende do referencial adotado, valorizando-se, desta maneira, o contexto da definição.

Qualidade de vida é uma noção humana, aproxima-se da satisfação encontrada na vida familiar, social, física, amorosa e ambiental. Qualidade de vida refere-se à satisfação pessoal com a própria existência, como também se relaciona com a busca dos elementos de conforto e

bem-estar almejados por determinada sociedade. Representa, assim, uma construção social diante da relatividade cultural existente. Afinal, as experiências e os valores sociais modificam-se no decorrer do tempo (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

A proposta de investigação da qualidade de vida traz dificuldades em razão da amplitude de conceituações que dependem do referencial adotado, como visto anteriormente. Existem variados ângulos a partir dos quais a definição de qualidade de vida pode ser construída. Sendo assim, foi criada uma ampla gama de instrumentos para mensuração da qualidade de vida do indivíduo.

Baldassare, Rosenfield e Rook (1984, citados por Albuquerque, 2006) realizaram um estudo que aponta que as relações sociais têm um significado importante para o bem-estar do idoso, mesmo que ele esteja sob severas condições de saúde. Concluiu-se que, de todas as variáveis sociais relacionadas no estudo, o companheirismo e o suporte emocional foram os maiores indicadores de felicidade para os idosos. Logo, para melhorar a saúde e o bem-estar psicológico do idoso, torna-se imprescindível a intervenção e fortalecimento da rede de suporte social.

A família pode ser compreendida como um intercâmbio entre o indivíduo, a esfera privada e a esfera pública. De maneira geral, conforme menciona Siza (2000, citado por Serapione, 2005), destaca-se o papel fundamental da família no fortalecimento de relações que produzem saúde ou incrementam a capacidade de enfrentar eventos críticos e mobilizar recursos adequados.

Entende-se a família como um dos pilares do suporte social. O construto suporte familiar, à maneira do construto de suporte social, pode ser considerado multidimensional e de difícil operacionalização, já que a literatura não oferece uma definição padrão de suporte familiar (Baptista, 2005).

No modelo ecológico, as estruturas interpessoais são tidas como importantes contextos de desenvolvimento humano. Bronfenbrenner (1996) oferece grande destaque para as relações interpessoais, apontando estas relações interpessoais recíprocas como uma condição essencial para a formação de díades.

O microsistema é parte importante do contexto ecológico, sendo a família seu principal representante. Uma análise do microsistema deve levar em conta o sistema interpessoal total operando num ambiente. Este sistema deve incluir todos os participantes e envolver as relações recíprocas entre eles.

A família tem um movimento de troca entre os seus integrantes com eles mesmos e com o meio. Os comportamentos de um dos membros influenciam e são influenciados pelos comportamentos dos outros membros.

A família como um sistema, juntamente com seus membros mais velhos, enfrenta desafios importantes de adaptação durante o estágio tardio de vida. As mudanças com a aposentadoria, a viuvez, a condição de avós e as doenças requerem o apoio familiar, o ajustamento às perdas e a reorganização. Os relacionamentos familiares desempenham um papel crítico na resolução da maior tarefa psicossocial deste estágio, a obtenção de um senso de integridade *versus* desespero, com aceitação da própria vida e morte (Erikson, 1959, citado por Carter & McGoldrick, 2001).

Existem, portanto, ajustamentos a serem feitos nas inter-relações para que a terceira idade represente um potencial de crescimento e transformação e não de perda e disfunção. O reconhecimento das mudanças de status dos membros e a busca de novos equilíbrios de papel podem auxiliar a família a seguir em frente em seu ciclo de vida e ao idoso a experimentar as mudanças de maneira satisfatória.

Desta maneira, indaga-se: Qual seria a compreensão do idoso sobre a qualidade de vida nesta faixa etária? Como eles próprios, os idosos, observam a interferência do contexto

familiar na constituição da dimensão de qualidade de vida? Quais as dimensões da qualidade de vida são apontadas como sendo mais qualificadas ou desqualificadas?

A aceitação das mudanças dos papéis geracionais constitui-se, segundo a noção sistêmica, como processo emocional de transição básico presente nas famílias que enfrentam o estágio tardio de vida (Carter & McGoldrick, 2001). A proposta dos questionamentos a serem pesquisados se torna válida, pois é construída a possibilidade de alterar e reestruturar sistemas ecológicos existentes, desafiando os sistemas de crenças e o estilo de vida atuais, onde o mito de que o idoso somente possui perdas e tristezas prevalece, dificultando a edificação de um envelhecimento com qualidade de vida.

Como afirmado por Neri (1993), a investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice é de interesse científico e social, visto que dados epidemiológicos recentes, como o crescimento do número de idosos saudáveis, possibilitam a mudança da concepção científica e cultural de velhice como sinônimo de doença.

A verificação sugerida estabelece-se como algo importante para que seja possível o oferecimento ao idoso de um contexto positivo com relacionamentos familiares harmoniosos e abertos às modificações, que se adaptam a essa nova realidade de forma saudável.

Capítulo I - O Microsistema Familiar e a Qualidade de Vida do Idoso

Os estudos ligados ao desenvolvimento humano ainda apresentam poucas referências relacionadas ao idoso. Com o crescimento populacional desta faixa etária é indispensável que se tenha mais conhecimentos sobre as particularidades deste momento para que o envelhecimento seja também acompanhado de mais qualidade de vida.

A nova visão paradigmática do desenvolvimento sugere a realização de investigações ecológicas que consideram a influência dos sistemas ambientais no crescimento do organismo. Como exemplo dessa maneira de se entender o desenvolvimento, pode-se citar a teoria de Bronfenbrenner (1996) que enfatiza a importância das relações entre os sistemas e o indivíduo no desenvolvimento deste.

Dessa forma, sendo a família um sistema, ou microsistema como denomina Bronfenbrenner (1996), que atinge diretamente o desenvolvimento de seus membros em todas as fases do ciclo vital, suas relações se tornam alvo de atenção e devem ser compreendidas. Permite-se, assim, a identificação dos pontos favoráveis e reforçadores que integram o curso do desenvolvimento da velhice com qualidade de vida.

O Envelhecimento e o Desenvolvimento Humano

Até a década de 1940, a percentagem de brasileiros com mais de 60 anos quase duplicou e o número aumentou aproximadamente 24 vezes (de 528,1 mil para 12,7 milhões). O perfil de transição demográfica no país teve como fatores responsáveis a diminuição das taxas de fertilidade conjuntamente com uma diminuição significativa dos coeficientes de mortalidade. Os avanços da medicina e dos meios de comunicação foram determinantes para esse fato (IBGE, 2008a).

O crescimento da população brasileira, no período de 1997 a 2007, relativo ao contingente de 60 anos ou mais, foi de 47,8%. O seguimento populacional de mais de 80

anos, no mesmo período, apresentou um valor significativamente superior de 86,1% (IBGE, 2008a).

Em 2007, foi revelado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD, a existência de quase 20 milhões de idosos no Brasil, valor que corresponde a 10,5% do total da população. As projeções da população por grupos de idade até 2050 apontam que, entre 2000 e 2050, persistirá um declínio das populações jovens, intensificando-se o envelhecimento demográfico nacional (IBGE, 2008b).

Desta maneira, a velhice não pode mais ser esquecida pelos estudiosos do desenvolvimento humano. As teorias psicológicas do desenvolvimento humano passaram por intensas transformações desde sua criação. Graças a sua existência, sabe-se atualmente que é importante contextualizar o ambiente em que tudo se inicia, bem como o clima da época, entendendo que estas informações têm reflexos na estruturação e construção dos seres e também dos saberes.

O início da construção das teorias desenvolvimentais deu-se num ambiente positivista e empirista, conhecido principalmente pela preocupação em dissociar o pensamento científico do filosófico. Foram adotados, para isso, métodos elaborados de investigação, observação e experimentação (González-Rey, 1997).

Em linhas gerais, o pensamento intelectual dos primeiros investigadores do desenvolvimento exigia a separação excludente entre o pesquisador e objeto de estudo. Priorizava, de igual modo, a valorização extremada do método e pouca atenção voltada à teoria e interpretação.

Segundo o referido autor, dentro deste contexto inicial, os estudiosos pioneiros do desenvolvimento definiam como objeto de estudo as mudanças de comportamento do indivíduo que ocorriam em função do tempo.

Com a evolução dos estudos do desenvolvimento e as mudanças exigidas pelo novo paradigma intelectual, a Psicologia do Desenvolvimento Humano necessita considerar os processos intraindividuais e ambientais que contribuem nas mudanças de comportamento, sendo o fator tempo apenas uma escala conveniente na qual são ordenados os comportamentos e assinaladas as mudanças (Biaggio, 1991).

Dentro dessa concepção, o foco da Psicologia do Desenvolvimento localiza-se nas mudanças de comportamento que ocorrem em períodos de transições como a infância, a adolescência e a velhice. Muito embora se argumente que estas mudanças devem ser estudadas em todas as fases do ciclo vital, a maior parte dos estudos centra-se na infância e adolescência (Biaggio, 1991).

Freud (1996), por exemplo, postula sobre o desenvolvimento psicosssexual onde o estágio mais amadurecido é a adolescência, além do qual não menciona evolução. Piaget (1975) também aprecia as mudanças cognitivas (assimilação, acomodação e equilíbrio), colocando como estágio mais avançado do desenvolvimento intelectual o de operações formais, capacidade de raciocínio abstrato e formulação de hipóteses, que é tipicamente atingido na adolescência.

Erik Erikson (1998) foi um importante psicólogo do desenvolvimento humano que postulou os estágios psicossociais como partes do processo de desenvolvimento, atentando para estágios mais tardios. Para ele, existem oito estágios, sendo o estágio da vida adulta denominado de integridade do ego *versus* desespero.

A integridade do ego, segundo Erikson (1998), é caracterizada por fatores como: dignidade, prudência, sabedoria e aceitação do modo de viver. Já o desespero seria marcado pelo medo da morte. A compreensão das transformações ocorridas na velhice puderam ser ampliadas a partir de suas idéias, pois nenhum outro autor havia dado ênfase a este estágio do desenvolvimento.

Dentro da perspectiva ecológica de Bronfenbrenner (1996), que concebe a mudança do indivíduo e sua interação dentro do ambiente, torna-se possível a investigação sobre a velhice que, indiscutivelmente, apresenta modificações na adaptação do indivíduo em seu meio, uma vez que o envelhecimento é um processo biopsicossocial.

As famílias no estágio do ciclo vital denominado de estágio tardio de vida podem apresentar dificuldades, pois, nesse momento, são necessárias inúmeras mudanças e ajustamentos nos *status* de seus membros. A dificuldade em modificar os papéis e de possibilitar flexibilização da estrutura familiar, construindo um novo equilíbrio nesse período, com frequência se relaciona com a realidade das perdas e com a dificuldade para lidar com a velhice, pois culturalmente são inúmeros os mitos negativos que envolvem o envelhecimento e a morte (Carter & McGoldrick, 2001).

Talvez, a falta de interesse, durante tanto tempo, por esse momento desenvolvimental, o envelhecimento, seja originada pela presença de aspectos muitas vezes vistos como involutivos ao invés de aquisitivos. Concebe-se o idoso como se fosse acometido somente por perdas, o que pode ter determinado a minimização do interesse da psicologia desenvolvimental para esta fase.

Morin (1999) discorre que a rejeição da compreensão sobre o processo do envelhecimento pode estar ligada ao fato de o ser humano rejeitar a morte, tendendo a rechaçar, também, a velhice por ser uma fase que se aproxima da morte.

As alterações presentes no idoso — como, por exemplo, a maior vulnerabilidade a doenças — podem comprometer o seu bem-estar biopsicossocial. Isso dificulta a continuidade da sua vida social de forma participativa e a interação com os familiares, em particular, e com a sociedade, no geral.

Tais características chamam atenção para o significado desenvolvimental que Bronfenbrenner (1996) denomina de transições ecológicas, ou seja, mudanças de papel ou

ambiente que acontecem no decorrer da vida do indivíduo. Alguns exemplos de transições ecológicas citadas por este teórico seriam o nascimento de um irmão, a entrada do indivíduo na escola, a formatura, o casamento, o nascimento dos filhos, mudança de emprego ou de casa, promoções profissionais, a aposentadoria.

Segundo Bronfenbrenner (1996), a importância dessas transições ecológicas deriva do envolvimento na mudança de papel, ou seja, das expectativas de atitudes associadas a determinadas posições na sociedade. Os papéis têm o poder de alterar a maneira pela qual a pessoa é tratada e se trata, suas ações, pensamentos e sentimentos. Esse princípio aplica-se a todos que fazem parte do mundo em que está inserida a pessoa em desenvolvimento, além dela mesma.

A mudança de papel do idoso e as expectativas e comportamentos associados impõem-lhe, frequentemente, uma posição marginalizada socialmente. Por exemplo, no que tange às mudanças biológicas, ocorre transformação na aparência do indivíduo (sua pele enrugase, seus músculos atrofiam-se, perdem-se os dentes) também podem ocorrer alterações na locomoção. Os ossos podem ser acometidos por osteoporose. Os órgãos do sentido têm seu funcionamento alterado (Zaslavsky & Gus, 2002).

O idoso também é mais vulnerável a doenças degenerativas, ao câncer, aos transtornos mentais e os estados patológicos dos sentidos e do sistema locomotor.

Para Zaslavsky e Gus (2002), concorrem para agravar o processo de envelhecer vários fatores demográficos, sócio-culturais e epidemiológicos: aposentadoria, perda de companheiros de trabalho, diminuição da produtividade, alteração da condição econômica, dificuldade de condução, conflito entre as idéias novas e os modelos tradicionais de conduta etc. Sendo assim, o impacto da idade sobre o indivíduo e sobre a sociedade gera uma restrição nas interações sociais.

De acordo com o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1996), pode-se entender os fatores sociais, culturais e demográficos como elementos das estruturas que compõem o ambiente ecológico do desenvolvimento do indivíduo. Compreende-se que estes fatores são como estruturas encaixadas, uma dentro da outra, do mesmo modo que um conjunto de bonecas russas, conforme mostra a Figura 1:

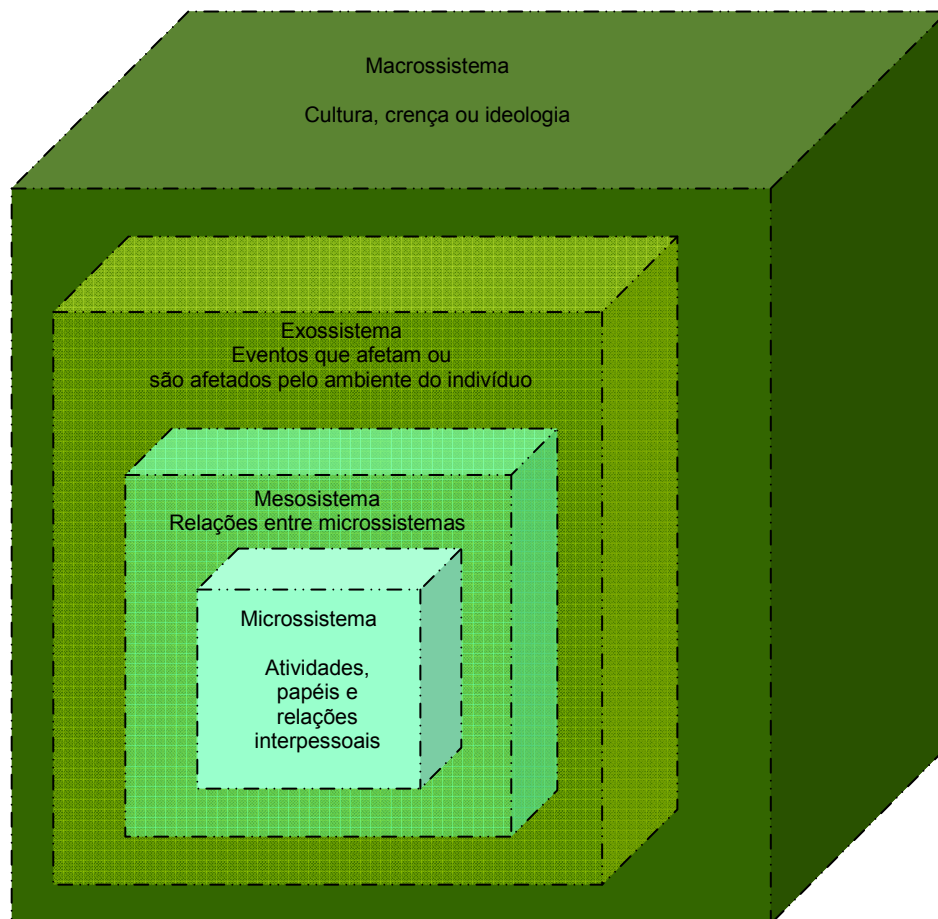


Figura 1. O sistema ecológico de Bronfenbrenner

Dentro desta concepção o ambiente ecológico pode ser definido como uma seqüência de interações dos sistemas, destacando-se alguns níveis: microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema.

Entende-se por microssistema o ambiente imediato contendo o sujeito, um local onde ocorrem interações de pessoas diferentes em relações face a face. A família pode ser o microssistema primário, mas existem vários outros microssistemas, como a rua, o trabalho e a igreja.

Este teórico define mesossistema com sendo o conjunto de microssistemas. O indivíduo assume papéis específicos nos diversos ambientes com base nas expectativas geradas em cada interação. O indivíduo, então, transita ecologicamente entre os microssistemas e diferentes papéis são exigidos. Esse trânsito depende, em geral, da qualidade das interações entre estes sistemas.

O exossistema pode ser definido como sendo aquele ambiente no qual a pessoa não participa diretamente, mas cujas decisões tomadas afetam aquilo que ocorre em seu ambiente imediato. O exossistema pode constituir-se de órgãos governamentais e não-governamentais. Pode ser, ainda, o emprego dos familiares, a comunidade, as Secretarias de Saúde, além de outros ambientes que têm poder sobre o destino dos idosos e na elaboração de normas reguladoras para seu atendimento (Antoni & Koller, 2001).

O contexto mais amplo, macrossistema, abarca todos os outros sistemas. O Macrossistema é composto pela forma de cultura, religião, política, economia, educação da sociedade que o indivíduo em desenvolvimento faz parte.

O modelo ecológico de Bronfenbreener ou, como denominado recentemente, modelo bioecológico (Bronfenbrenner & Morris, 1998, citados por Porto & Koller, 2006), destaca, além do contexto, o processo proximal como um importante mecanismo do desenvolvimento. Os processos proximais são as interações fundamentais para o crescimento psicológico que ocorrem no ambiente imediato da pessoa. Os processos proximais ou as interações recíprocas e complexas do sujeito com as pessoas, objetos e símbolos presentes em seu ambiente imediato podem incentivar ou inibir a expressão das competências cognitivas, sociais e afetivas (Porto & Koller, 2006).

A pessoa é o terceiro componente constituinte do modelo bioecológico (Porto & Koller, 2006). Ela é analisada pelas experiências vividas, pelas habilidades e pela interação com o ambiente. As características da pessoa nesse modelo configuram um dos elementos que

influenciam a forma, a força, o conteúdo e a direção dos processos proximais. Assim sendo, são tanto produtoras quanto produtos do desenvolvimento.

No modelo bioecológico, o desenvolvimento está diretamente relacionado com a estabilidade e a mudança nas características biopsicológicas da pessoa durante seu ciclo de vida. Dessa maneira, o desenvolvimento abrange tanto a estabilidade quanto a mudança nas características da pessoa que implicam numa reorganização contínua ao longo do tempo e do espaço (Bronfenbrenner & Morris, 1998, citados por Porto & Koller, 2006).

O tempo seria o quarto componente do modelo bioecológico. Ele é analisado em três níveis: o microtempo, o mesotempo e o macrotempo. O microtempo refere-se ao tempo de duração dos episódios de processo proximal, por exemplo, a realização de uma determinada atividade. A efetividade dos processos proximais é condicionada à interação recíproca e progressivamente mais complexa, em uma base de tempo regular e imprevisível. O mesotempo é a periodicidade dos episódios dos eventos proximais considerado em intervalos de tempo como dias ou semanas. Já o macrotempo constitui-se nas expectativas dos eventos constantes e mutantes dentro da sociedade e das gerações e na maneira como esses afetam e são afetados pelos processos e resultados do desenvolvimento humano dentro do ciclo de vida.

A análise do tempo dentro desses três níveis focaliza a pessoa em relação aos acontecimentos próximos ou distantes presentes em sua vida. Destarte, as mudanças que ocorrem ao longo do tempo são produtos mas também produtoras da mudança histórica (Porto & Koller, 2006).

Assim, a noção de interdependência de influências recíprocas constrói o conceito de desenvolvimento humano dentro da perspectiva ecológica. O desenvolvimento apresenta-se como a capacidade da pessoa de descobrir, sustentar ou alterar suas propriedades, permitindo que estas remodelem sua realidade de acordo com as aspirações humanas.

Portanto, considerando a necessidade ao longo do tempo de acomodação entre o indivíduo e seu ambiente, a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento abre caminho para a investigação do envelhecimento, pois não existe um ponto determinado e único em que a pessoa transforme-se em velha (Stuart-Hamilton, 2002).

A Qualidade de Vida e as Relações Familiares

O ambiente ecológico e seus sistemas têm influência direta no desenvolvimento e na qualidade de vida dos indivíduos, pois envolvem os valores sociais, as crenças culturais, as regras de conduta, os preconceitos e as crenças do grupo cultural (Antoni & Koller, 2001).

A noção de qualidade de vida considera o ponto de vista histórico e, portanto, tem íntima relação com a análise contextual de Bronfenbrenner. Isso porque em determinado tempo de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico, uma sociedade específica tem um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outra etapa histórica (Minayo et al., 2000).

Qualidade de vida possui, também, um referencial cultural, porquanto valores e necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições, considerando-se, também, as estratificações ou classes sociais.

Logo, segundo esses autores, qualidade de vida é uma noção humana, aproxima-se da satisfação encontrada na vida familiar, social, física, amorosa e ambiental. Qualidade de vida refere-se à satisfação pessoal com a existência, como também se relaciona com a busca dos elementos de conforto e bem-estar almejados por determinada sociedade, sendo, dessa maneira, uma construção social devido a relatividade cultural existente. Ou seja, o conceito da qualidade de vida relaciona-se com aspectos encontrados no microsistema, satisfação pessoal como também no macrosistema, satisfação social. Afinal, as experiências e os valores sociais se modificam no decorrer do tempo.

Diante das diversas possibilidades de definição da qualidade de vida do indivíduo, vários instrumentos com o fim de avaliação a qualidade de vida têm sido construídos. Alguns expressam os critérios da dimensão da qualidade de vida de forma objetiva e outros de maneira subjetiva. Os instrumentos considerados objetivos referem-se a situações como renda, emprego/desemprego, condições de saneamento básico, possibilidades de consumo alimentar, disponibilidade de energia elétrica, propriedades de domicílios ou terra, acesso a transporte, número de moradores por domicílio e outras (Minayo et al., 2000).

Estes instrumentos considerados objetivos referem-se a aspectos globais e gerais da vida, assim como a satisfação com domínios específicos da existência. Já as medidas de natureza subjetiva relacionam-se ao modo como as pessoas sentem ou como percebem o valor dos elementos reconhecidos como base social da qualidade de vida. Podem ser representadas em termos de expectativas pessoais ou de componentes como: bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal.

Todos estes sentimentos positivos são comportamentos que respondem as condições do ambiente, isto é, são alterações nas condições corporais – como mudanças no ritmo cardíaco, na pressão sanguínea e na frequência respiratória – eliciadas por estímulos na interação do organismo com o ambiente.

Desta forma, há correlação direta entre os diversos sentimentos e as diferentes condições externas em vigor e, conseqüentemente, o que um indivíduo sente se modifica quando sua interação com o mundo se transforma (Leonardi, 2007).

A forma subjetiva de se avaliar a percepção de qualidade de vida aproxima-se das considerações da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano acerca dos fenômenos do desenvolvimento que apresentam a necessidade de considerar a percepção do indivíduo sobre o ambiente.

Baseada nas idéias propostas por Lewin (1931, 1935 e 1951, citado por Bronfenbrenner, 1996), se considera o meio ambiente sob o prisma de uma concepção fenomenológica, assumindo uma posição de que o entendimento científico do desenvolvimento não é a realidade conforme ela existe no mundo objetivo e sim conforme ela existe na percepção dos seres humanos que interagem com ele e dentro dele. A pesquisa ecológica considera o campo fenomenológico como essencial, levando em consideração a maneira que o indivíduo percebe a situação.

O Grupo de Qualidade de Vida, The WHOQOL Group - *World Health Organization Quality of Life*, criado pela Organização Mundial de Saúde, OMS, define o termo qualidade de vida como a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive (Minayo et al., 2000). Baseando-se na noção de que qualidade de vida é uma construção subjetiva este organismo internacional desenvolveu escalas para sua avaliação, a exemplo do WHOQOL-100 e do WHOQOL-Abreviado (Minayo et al., 2000).

Também foi de interesse do WHOQOL Group desenvolver um instrumento capaz de avaliar a qualidade de vida em adultos idosos. Tal especificidade relativa à faixa etária tem sua justificativa no fato de não ser possível assumir que instrumentos adequados para avaliar populações de adultos jovens sejam apropriados para populações de adultos idosos. Outra questão que reforçou o interesse na construção de tal instrumento foi o aumento desta faixa populacional sem respectivos instrumentos para avaliar sua qualidade de vida (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003).

Para a construção desta escala quantitativa e transcultural, WHOQOL-OLD, foi realizada uma pesquisa qualitativa com grupos focais como ferramenta exploratória e preparatória para uma etapa subsequente, quantitativa. A etapa qualitativa procurou responder à aparente contradição que existe entre velhice e bem-estar, com o intuito de contribuir para a

compreensão do envelhecimento e dos limites e alcances do desenvolvimento humano (Fleck et al., 2003).

Assim, a elaboração do instrumento buscou entender os principais componentes constituintes da qualidade de vida e bem-estar do idoso, para tornar possível a construção de alternativas de intervenção, visando ao bem-estar de pessoas idosas, garantindo maior satisfação pessoal, além de longevidade.

Satisfação é um fenômeno complexo e subjetivo, portanto de difícil mensuração. Define a experiência de vida quanto às várias condições vividas pelo indivíduo. A satisfação com a vida é um julgamento de alguns domínios, a saber: autonomia, condições de trabalho, saúde, relações sociais, entre outros. Portanto, a satisfação é um processo de avaliação ampla da própria vida de acordo com um critério individual (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

O julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido. Satisfação reflete, em parte, o bem-estar subjetivo individual. É, assim, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva.

Segundo Ferrans e Power (1992), um dos parâmetros importantes para avaliação da qualidade de vida seria a satisfação. Salientando, mais, que a satisfação com a vida incluiria aspectos de interação familiar e social, desempenho físico e exercício profissional.

Por conseguinte, a satisfação com a vida tem íntima conexão com o suporte social que a pessoa tem à sua disposição. De acordo com Berkman (1984, citado por Abrunheiro, 2005), são muitas as variáveis que podem ser consideradas no vasto domínio do suporte social: o número de amigos, a frequência de contatos, entre outros. Além destes, os aspectos subjetivos também devem ser considerados, tais como a percepção que o indivíduo tem da adequação do suporte que dispõe e a satisfação com a dimensão social da sua vida. Dunst e Trivette (1990, citados por Abrunheiro, 2005) definem o suporte social como sendo a disponibilização de

recursos aos indivíduos que correspondem as suas necessidades de assistência. São exemplos, as unidades sociais e as famílias.

Suporte social é um importante conceito na psicologia da saúde, pois ele favorece o enfrentamento positivo do indivíduo nas situações estressantes de sua vida. A conceitualização de suporte social envolve diversos aspectos. Segundo Pierce, Sarason e Sarason (1996), este é um construto complexo por incluir vários elementos que não operam isolados e sim são interdependentes, gerando conseqüências tanto nos enfrentamentos imediatos do indivíduo às situações difíceis quanto em seu desenvolvimento pessoal. Consequentemente, permite-se a existência de uma ampla gama de definições que dependerão do elemento constituinte deste construto escolhido como foco.

O desenvolvimento da percepção dos recursos sociais disponíveis para atender as demandas do indivíduo terá importantes implicações no adulto, quando origina, na família, os efeitos de um vínculo seguro estabelecido entre a criança e seus pais ou cuidadores. Pessoas com vínculo parental seguro tenderão a acreditar que encontrarão na sociedade pessoas disponíveis a apoiá-las, apresentando maior probabilidade de recorrer de modo eficaz aos recursos sociais (Pierce et al., 1996).

As relações familiares podem auxiliar as pessoas no desenvolvimento de sentimentos de pertença e competência, atuando na capacidade do indivíduo de controlar o ambiente a sua volta e nas respostas aos momentos de crise. A percepção de aceitação, amor e valorização está diretamente associada à saúde e ao bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo. Liga-se também à construção de afetos positivos em relação a si e aos outros, promovendo satisfação e fortalecendo a percepção de qualidade de vida (Pinheiro, 2003).

Três grandes domínios de vida a serem considerados ao avaliar a qualidade de vida: Existência (*Being*), Pertença (*Belonging*) e Ação (*Becoming*) são apontados pelos membros da *Unit of Quality of Life* da Universidade de Toronto (1999, citados por Costa & Araújo, 2003).

O domínio da existência inclui os subdomínios saúde física, saúde psicológica e a existência espiritual. Já o domínio da pertença inclui os ajustes da pessoa com seu ambiente, havendo três subdomínios, o da pertença física, o da pertença social e o da pertença comunitária. Por fim, o domínio da ação, que se refere às atividades propostas e conduzidas por metas pessoais, esperanças e desejos.

Esses processos de existência, pertencimento e ação apresentam intrínseca relação com a família, pois ela é essencial para o desenvolvimento da capacidade de manutenção e promoção de relações de suporte social no âmbito do parentesco extenso, da vizinhança e do associacionismo de ajuda mútua. A família atua, ainda, no melhoramento do acesso aos serviços de saúde, graças a sua função de mediação e de conhecimento das oportunidades e dos critérios de acesso (Serapione, 2005).

Com o intuito de desenvolver um instrumento de medida para a percepção do suporte social da família, Baptista (2005) baseia a definição de suporte familiar nos fundamentos da teoria sistêmica explanados por Olson, Russell e Sprenkle (1983, citados por Baptista, 2005), que apresentam um modelo circular de interação da família.

Neste modelo, a compreensão do funcionamento familiar é alicerçada em três dimensões principais. A coesão definida como o vínculo emocional partilhado pelos integrantes da família como, por exemplo, as relações de amizade ou interesses comuns entre seus membros. A adaptabilidade, que se relaciona com a capacidade da família ser flexível frente às mudanças, variando suas estruturas de poder e regras de relacionamento, o que envolve regras e negociações. Por último, a comunicação familiar, podendo ser caracterizada positivamente pela presença de escuta reflexiva, comentários de apoio, liberdade para expor sentimentos ou negativamente por mensagens ambíguas e críticas exageradas.

Assim, a percepção do suporte social ou das expectativas de apoio ou suporte tem sido considerada como um elemento facilitador da adaptação pessoal e social do indivíduo nas

vivências de transição (Pierce et al., 1996). A velhice é um momento de transição e se supõe que os idosos que percebem o ambiente familiar como suportivo, ou seja, como um ambiente que contenha coesão, adaptabilidade e comunicação positiva, têm mais probabilidade de recorrer à rede de apoio social com competência, contribuindo desta maneira para o sentimento de bem-estar.

Pode-se considerar a família como um sistema aberto, pois, como ensina a teoria geral dos sistemas (Bertalanffy, 1968, citado por Capra, 1996), o organismo não é um sistema estático, fechado ao mundo exterior e contendo sempre componentes idênticos; é um sistema aberto num estado quase estacionário onde materiais ingressam continuamente vindos do ambiente exterior, e neste são deixados materiais provenientes do organismo.

Diferentemente dos sistemas fechados, que se estabelecem num estado de equilíbrio, os sistemas abertos mantêm-se afastados desse equilíbrio. A condição estacionária caracteriza-se por fluxo e mudanças contínuos; é um equilíbrio fluente e dinâmico (Capra, 1996).

Segundo Rodrigues (2000, citado por Missio & Portella, 2003), o idoso vive as relações familiares com muita assiduidade e intensidade, sendo que a importância da estrutura familiar na sua vida é fundamental. Lehr (1999, citado por Missio & Portella, 2003) enfoca o bem-estar psicológico do idoso de maneira diretamente proporcional aos relacionamentos familiares, sendo indispensável para um desenvolvimento saudável na velhice a compreensão do que representa a família e quais as questões envolvem a sua dinâmica de funcionamento.

Duarte e Cianciarullo (2002, citados por Missio & Portella, 2003) referem-se à família como uma formação humana universal. Afirmam que ainda é inexistente outra formação capaz de substituí-la. Desse modo, as intervenções junto aos idosos e seus familiares devem ser acompanhadas da compreensão da organização familiar.

Um importante ajustamento a ser realizado no estágio tardio de vida familiar é a aceitação das mudanças de papel e funções dos membros que compõem a família. Para Bronfenbrenner (1996), papel pode ser definido como uma série de atividades e relações esperadas de uma pessoa que ocupa uma determinada posição e dos outros em relação àquela pessoa. As visões pessimistas que prevalecem em nossa cultura acerca da possibilidade de um ajustamento sadio na velhice podem dificultar a mudança dos papéis para reorganização do sistema em busca de um novo equilíbrio.

A Teoria Bioecológica e Sistêmica de Bronfenbrenner apresenta possibilidades para o pesquisador analisar aspectos da pessoa em desenvolvimento, do contexto em que vive e das relações que influenciam o desenvolvimento em determinados períodos de tempo (Martins & Szymanski, 2004).

Os fatores culturais desempenham papel fundamental na maneira pela qual as famílias passam pelo ciclo de vida (Carter & McGoldrick, 2001). Sendo assim, as crenças negativas envolvendo a velhice que estão presentes em nossa sociedade podem estar fortes e atuantes nas famílias neste estágio desenvolvimental de tal forma a influenciar, de maneira negativa, a avaliação da qualidade de vida pelo próprio indivíduo idoso.

O questionamento que se faz presente é: quais seriam as influências do microsistema familiar na obtenção da satisfação de vida do idoso? O experimento ecológico é descrito como uma tentativa de investigar a progressiva acomodação entre o organismo humano em crescimento e seu meio ambiente, por meio de uma comparação sistemática entre dois ou mais sistemas ambientais ou seus componentes estruturais. Esse experimento se torna ideal para verificar a acomodação entre o idoso e sua família, possibilitando a definição de alguns critérios presentes nas relações familiares que contribuem na promoção de melhoria na qualidade de vida nos idosos.

A seguir, serão apresentados dois artigos independentes construídos com base no referencial teórico apresentado e que tentam responder aos questionamentos expostos acima. O primeiro dedica-se a descrever quantitativamente a qualidade de vida do idoso e a visão do familiar acerca dessa qualidade de vida. O segundo artigo irá discorrer sobre os aspectos qualitativos obtidos a partir das entrevistas, revelando os sentidos atribuídos pelos idosos e por seus familiares à qualidade de vida nessa faixa etária.

Referências Bibliográficas

- Abrunheiro, L. M. M. (2005). A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático. *Psicologia.com.pt: O Portal dos Psicólogos*. Recuperado em 14 mai. 2008, de: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0255.pdf>.
- Albuquerque, S. M. L. (2006). *Qualidade de vida do idoso* (2ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20(2), 153-164.
- Araújo, T. C. N., & Alves, M. I. (1999). Perfil da População Idosa no Brasil. *Textos sobre Envelhecimento*, 3(3), 7-19.
- Antoni, C., & Koller, S. H. (2001). O psicólogo ecológico no contexto institucional: uma experiência com meninas vítimas de violência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(1), 14-29.
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF*, 10(1), 11-19.
- Biaggio, A. M. B. (1991). *Psicologia do desenvolvimento*. Petrópolis: Vozes.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. (M. A. V. Veronese, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1979).
- Capra, F. (1996). *A Teia da Vida*. São Paulo: Cultrix.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2001). *As mudanças no ciclo familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed.). (M. A. V. Veronese, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1989).
- Costa, S. B., Neto, & Araújo, T. C. C. F. (2003). A multidimensionalidade do conceito de

- qualidade de vida em saúde. *Estudos Goiânia*, 30(1), 165-179.
- Erikson, E. H. (1998). *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artmed.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992, Fev.). Psychometric assessment of the quality of life index. *Res Nurs Health*, 15(1), 29-38.
- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 37(6), 793-799.
- Freud, S. (1996). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905).
- Gonzalez-Rey, F. L. (1997) *Epistemologia qualitativa e subjetividade*. São Paulo: Educ.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008a). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008b). *Projeção da População do Brasil. IBGE: população brasileira envelhece em ritmo acelerado*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. (1994). Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 30 abr. 2008, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm.
- Leonardi, J. L. (2007). Qual é a importância dos sentimentos na Análise do Comportamento?. *RedePsi*. Recuperado em 01 jun. 2009 de: <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/soapbox/article.php?articleID=98>.
- Martins, E., & Szymanski, H. (2004). A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, 4(1), 63-77.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000) Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Missio, M., & Portela, M. (2003) Atenção aos idosos rurais no contexto da família: um

- desafio para a equipe do programa saúde da família. *Boletim da Saúde*, 17(2), 25-36.
- Morin, E. (1999). *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago.
- Motta, L. B., & Aguiar, A. C. (2007). Novas competências em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 363-372.
- Neri, A. L. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papirus.
- Piaget, J. (1975). *A equilibração das estruturas cognitivas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Pierce, G. R., Sarason, B. R., & Sarason, I. G. (1996). *Handbook of Social Support and the Family*. New York: Plenum Press.
- Pinheiro, M. R. M. (2003). *Uma época especial: suporte social e vivências acadêmicas na transição e adaptação ao ensino superior*. Recuperado em 14 mai. 2008, de:
<http://www.fpce.uc.pt/pessoais/pinheiro/trabalhos.htm>
- Porto, I. & Koller, S. H. (2006). A violência na família contra pessoas idosas. *Interações*, 12(6), 105-142.
- Serapione, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10, 243-253.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A psicologia do envelhecimento: uma introdução* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Zaslavsky, C., Gus, I. (2002). Idoso: doença cardíaca e comorbidade. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 79, 635-639.

Capítulo II

A qualidade de vida e envelhecimento: as percepções do idoso e da família

The quality of life and aging: perceptions of elderly and family

Área do artigo: Psicologia do Desenvolvimento

Resumo

O presente estudo pretende identificar, descrever e avaliar a percepção dos idosos e de seus familiares sobre a qualidade de vida do idoso. A amostra foi constituída de 30 idosos, com idades entre 60 e 80 anos (28 mulheres e dois homens) e 20 familiares (18 mulheres e dois homens). Foram aplicados os instrumentos: Ficha de Caracterização Sociodemográfica, WHOQOL-Abreviado, WHOQOL-OLD e Questionário Circular da Percepção da Qualidade de Vida. Os resultados demonstram que os idosos sentem sua qualidade de vida mais afetada nos domínios físico e ambiental. A comparação entre as percepções de qualidade de vida indicou que o familiar percebe o idoso com um índice menor de qualidade de vida do que o próprio idoso.

Palavras-chave: qualidade de vida; idoso; família.

Abstract

This study aims to identify, describe and assess the perception of the elderly and their families about the quality of life of the elderly. The sample consisted of 30 elderly, aged between 60 and 80 years (28 women and two men) and 20 family members (18 women and two men). Such indicators were applied: socio-demographic characterization file, shortened-WHOQOL, WHOQOL-OLD and Circular Perceptions Questionnaire of Quality of Life. The results show that older people feel their quality of life most affected in the physical and environmental aspects. The comparison between the perceptions of quality of life indicated that the family perceives the elderly with a lower quality of life than the elders themselves.

Keywords: quality of life, elderly, family.

A Qualidade de Vida e Envelhecimento: As Percepções do Idoso e da Família

A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, despertada pelo crescimento desta população, deve acrescentar como foco de atenção as relações familiares, pois, além da vivência familiar ser intensa neste momento do ciclo vital, os problemas de assistência ao idoso identificados no âmbito macrossistêmico apresentam reflexos no microsistema familiar (Porto & Koller, 2006).

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner & Morris, 1998, citados por Porto & Koller, 2006) foi utilizada como referência teórica na presente pesquisa para estudar as pessoas idosas em seus contextos, considerando suas histórias e os processos de desenvolvimento.

Segundo a Teoria Bioecológica, a forma como as pessoas percebem seu contexto e suas relações compõe processos fundamentais para o seu desenvolvimento. O contexto seria o primeiro dos componentes do modelo de Bronfenbrenner (1996), que, além dele, conta com mais três componentes: o processo, a pessoa e tempo.

Dentro dessa perspectiva, contexto é um conjunto de vários sistemas denominados de Microsistema, Mesossistema, Exossistema e Macrossistema. O microsistema é o local onde os indivíduos estabelecem relações face a face. A família é um exemplo de microsistema, sendo que algumas atividades, papéis ou relações experienciadas na interrelação entre a pessoa e o ambiente podem ter maior ou menor influência desenvolvimental.

Para Porto e Koller (2006), um dos temas mais complexos em psicologia da velhice é a análise das razões que motivam as diversas condutas dos familiares perante o membro de mais idade e vice-versa. Sabe-se que, com o aumento da idade, as interações sociais tendem a diminuir e as relações familiares revestem-se de mais importância, visto que os idosos buscam apoio para suas vivências nas interações com a família.

Bronfenbrenner (1996) postula que quanto mais saudáveis forem as relações, ou seja, quanto maior a estabilidade, a reciprocidade e o equilíbrio de poder, mais felizes e ajustadas socialmente serão as pessoas.

O conceito de felicidade pode se ligar ao construto chamado qualidade de vida, que segundo o The WHOQOL Group da Organização Mundial da Saúde (1995, citado por Albuquerque, 2006) seria o modo como o indivíduo percebe sua posição na vida, dentro do contexto da cultura e do sistema de valores no qual se insere, bem como quanto aos objetivos, expectativas, normas e preocupações.

Como visto, os contatos sociais e familiares são componentes valiosos na constituição da qualidade de vida (Farquar, 1995, citado por Albuquerque, 2006), mas não são os únicos. A relação entre a saúde e a qualidade de vida também tem sido apontada como significativa. Sabe-se que o envelhecimento favorece o surgimento da convivência por longo período, além de doenças, limitações para locomoção ou dependência de próteses, medicamentos e ações médicas paliativas (Albuquerque, 2006).

Na visão de Albuquerque (2006), o foco na dimensão saúde como indicadora de qualidade de vida remonta toda história da medicina social ocidental, pois, na maioria dos estudos são utilizados termos de referência como: estilo de vida, situação de vida ou condições de vida. Esses termos fazem parte do campo semântico de qualidade de vida.

Portanto, tendo em vista as condições da senescência que apontam uma maior probabilidade ao desenvolvimento de doenças, o olhar atento para esta dimensão ao avaliar sua qualidade de vida torna-se indispensável. A definição de saúde para Organização Mundial de Saúde inclui o bem-estar físico, mental e social, gerando discussões sobre a possibilidade de se medir o bem-estar (Albuquerque, 2006).

A consolidação teórica do conceito de qualidade de vida após a década de 1980 trouxe a proliferação de instrumentos para avaliar o bem-estar e a qualidade de vida. Existem hoje

mais de 800 instrumentos para analisar qualidade de vida (Tamborini, 1998, citado por Albuquerque, 2006), porém poucos deles são validados no Brasil.

A ausência de instrumento que avaliasse a qualidade de vida com um enfoque transcultural levou a Organização Mundial da Saúde a desenvolver uma metodologia única para criação do questionário WHOQOL_100, inicialmente, seguido da construção do WHOQOL-Abreviado e WHOQOL-OLD (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003).

Com o crescimento desta população, a investigação da qualidade de vida do idoso passou, então, a fazer parte de várias disciplinas científicas. Para Lawton (1983, citado por Duarte, 2000), a qualidade de vida na velhice é a avaliação multidimensional vinculada a critérios sicionormativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo idoso e o seu ambiente.

Considerando a qualidade de vida nestes termos multidimensionais, o questionamento presente neste estudo é justamente de que modo ela é avaliada pelo idoso e por sua família, identificando e comparando as percepções do indivíduo em desenvolvimento e de seu contexto, aqui representado pelo microsistema familiar.

Objetivos

O objetivo geral deste trabalho seria identificar, descrever e avaliar a qualidade de vida dos idosos percebida pelos próprios idosos e por sua família. Especificamente, buscou-se investigar os aspectos da qualidade de vida do idoso nas dimensões física, funcional, psicológica, social e familiar, bem como comparar a qualidade de vida dos idosos possuidores do diagnóstico de enfermidade física e dos idosos sem diagnóstico de enfermidade física. Além disso, comparar as percepções do cuidador familiar e do idoso sobre a qualidade de vida deste.

Método

Participantes

Participaram desta pesquisa 30 idosos, alunos da Universidade Aberta a Terceira Idade (PUC- GO), sendo 28 (93,3%) do sexo feminino e 2 (6,7%) do sexo masculino. Destes, 15 apresentavam diagnóstico de alguma enfermidade física e 15 não apresentavam nenhum tipo de problema de saúde. Também foram constituintes da amostra 20 familiares, 90% do sexo feminino e 10% do sexo masculino. As idades dos 30 participantes idosos variaram entre 60 e 80 anos de idade, enquanto as idades dos familiares variaram entre 18 e 63 anos de idade.

Instrumentos

Para este estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos: Ficha de Caracterização Sóciodemográfica da População estudada, Entrevista Semiestruturada, WHOQOL-Abreviado, WHOQOL-OLD e Questionário Circular de Percepção da Qualidade de Vida.

- Ficha de Características Sóciodemográficas (Anexo C): Elaborada pela pesquisadora para este estudo, consiste em um formulário para coleta de dados pessoais e sóciodemográficos (sexo, idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, situação de moradia – com familiares, sozinho, outros -, atividades instrumentais e físicas regulares, condições da saúde, naturalidade, religião). Para o familiar participante buscou-se obter informações como nome, grau de parentesco com o idoso, idade, sexo, estado civil, escolaridade e profissão.

- WHOQOL-Abreviado (Anexo E) é uma versão abreviada do WHOQOL-100 desenvolvida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde e que possui validação no Brasil. A escolha deste instrumento deve-se, além do fato de possuir validade para população brasileira, por consistir em um questionário que se baseia no pressuposto de que a qualidade de vida é um construto subjetivo, multidimensional, com dimensões positivas ou negativas. O instrumento possui 26 questões divididas em quatro

domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, bem como avaliação global da qualidade de vida.

As questões do WHOQOL-Abreviado foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom) (The WHOQOL Group, 1998, citado por Fleck et al., 2003). O emprego do método WHOQOL, aplicado à versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-Abreviado), foi descrito por Fleck et al. (2003) de forma detalhada.

Nesta pesquisa, atendendo indicação do grupo idealizador do questionário, o WHOQOL-Abreviado foi escolhido para atuar em conjunto com o WHOQOL-OLD por constituir-se em um instrumento menor, de resposta breve, não se estendendo além do necessário, já que foram utilizadas outras ferramentas que necessitam da atenção dos participantes.

- WHOQOL-OLD (Anexo F) foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida do World Health Organization (WHO) e apresenta validade no Brasil. A intenção do grupo foi a de criar uma medida genérica da qualidade de vida em adultos idosos que pudesse ser utilizada em contextos internacionais e transculturais (Fleck et al., 2003).

O projeto condutor na elaboração do questionário compôs-se de um procedimento de múltiplas etapas, sendo elas: o desenvolvimento de itens relevantes sobre qualidade de vida e sua tradução, o teste piloto do questionário com refinamento e redução de itens, o teste em campo do questionário e a análise final estatística com posterior publicação do manual. (Fleck et al., 2003).

A versão final do WHOQOL-OLD contém seis facetas de quatro itens cada, totalizando 24 itens da escala de Likert atribuídos a cada uma das facetas: Funcionamento

sensório (FS), Autonomia (AUT), Atividades passadas presentes e futuras (PPF), Participação social (PSO), Morte e Morrer (MEM) e Intimidade (INT). Se todos os itens do questionário forem preenchidos, os valores possíveis dos escores brutos encontrados irão oscilar entre quatro e 20.

Os valores dos 24 itens também podem ser combinados e, assim, fornecer um valor de escore geral e global, denominado como escore total do módulo WHOQOL-OLD (Fleck et al., 2003).

- Questionário Circular de Percepção da Qualidade de Vida (Anexo D): Desenvolvido pela pesquisadora com vistas a esta pesquisa. A opção em desenvolver e utilizar esse instrumento deu-se devido à intenção de investigar as diferentes perspectivas da família e dos idosos sobre o mesmo questionamento. O questionário baseia-se no questionamento circular proposto pela Teoria Sistêmica de Milão que, por meio das indagações propostas, instiga a troca de posicionamento entre os membros da família (Boscolo, Checchin, Hoffman & Penn, 1993).

A primeira questão do inventário relaciona-se com o autoconhecimento. A pergunta é: *“Como eu considero a qualidade de vida do idoso”*, ou seja, como o próprio indivíduo – idoso ou familiar - está enxergando a qualidade de vida do idoso. Esta questão evoca uma reflexão pessoal sobre o próprio olhar para qualidade de vida do idoso, sendo que o indivíduo pode estar na posição de idoso ou de familiar.

A segunda pergunta é chamada de questionamento de compreensão do outro ou leitura mental (Andersen, 1996): *“Como eu acho que o outro percebe a qualidade de vida do idoso?”*. Ou seja, esta forma de perguntar leva o respondente a imaginar como o outro vê a situação da qualidade de vida na velhice. E a última pergunta é chamada de questionamento circular de percepção interpessoal: *“Como eu acho que o outro considera que eu penso sobre a qualidade de vida do idoso?”*. É uma pergunta que investiga os pensamentos, fantasias ou

percepções do indivíduo sobre como ele está sendo visto pela perspectiva do outro. Isto é, como o indivíduo imagina de que modo o outro membro da família o percebe. Essas perguntas circulares reflexivas permitem criar um contexto de produção de novas perspectivas.

O instrumento contém 13 itens, divididos em seis dimensões, a saber: física, capacidade funcional, dimensão psicológica, dimensão familiar, social e dimensão econômica. A primeira dimensão, saúde física, abrange o item 1 – *vida saudável fisicamente*. A capacidade funcional, tida como segunda dimensão, inclui os seguintes itens: 6 – *vida autônoma*, 8 – *vida produtiva*, 9 – *vida ativa*, 10 – *independente*. Os seguintes itens: 2 – *vida mental saudável*, 3 – *vida satisfatória*, 4 – *vida feliz*, 5 – *vida realizada*, constituem a dimensão psicológica. Integra o campo familiar, o item 13 – *vida participativa nas decisões familiares*. No plano social, são examinados os itens 7 – *vida social participativa*, 11 – *vida respeitável*. Na dimensão econômica, temos o item 12 – *ser independente financeiramente*.

O instrumento estipula apenas dois possíveis tipos de resposta para cada item, verdadeiro (V) ou falso (F). Neste passo, o indivíduo, considerando a frase: “A vida do idoso é” deverá assinalar verdadeiro ou falso diante das proposições, considerando os seguintes aspectos: “Como eu responderia?”, “Como o outro responderia?” e “Como o outro pensa que eu responderia?”.

Procedimentos

Após avaliação e aprovação o projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo nº. 057/2009, a pesquisadora entrou em contato com alguns idosos alunos da UNATI-UCG, explicando-lhes os objetivos da pesquisa e os convidando a participar. Foram agendados horários individuais com os idosos interessados em participar da pesquisa de acordo com a disponibilidade do entrevistado e da entrevistadora.

No primeiro contato, todos os participantes expressaram por escrito a sua concordância em participar do estudo. Depois de devidamente informados de suas características, formato e objetivos, os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde são garantidos sigilo e anonimato (Anexo A).

Em seguida, foram aplicados pela pesquisadora, os instrumentos pela pesquisadora na seguinte ordem: Ficha de Caracterização Sóciodemográficas, Entrevista Semiestruturada (cujos resultados não foram analisados no presente artigo) WHOQOL-Abreviado, WHOQOL-OLD, Questionário Circular de Percepção da Qualidade de Vida. Conforme descrito na apresentação desse trabalho, para alcançar apuro estatístico, com número mais abrangente de participantes, formou-se uma amostra quantitativa maior. Os questionários WHOQOL-Abreviado e WHOQOL-OLD foram aplicados em 30 participantes idosos ao passo que o último questionário e as entrevistas foram dirigidos a apenas 20 dos 30 participantes idosos.

Neste mesmo encontro, foi solicitada ao idoso a indicação de um cuidador familiar para participar da pesquisa. O familiar indicado foi contatado e, durante o encontro individual previamente agendado entre a pesquisadora e o familiar, informado das características do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Familiar, onde são garantidos o sigilo e o anonimato (Anexo B). Posteriormente à assinatura do termo, os seguintes instrumentos foram aplicados nesta ordem: Ficha de Caracterização Sóciodemográfica, Entrevista Semiestruturada e Questionário Circular de Percepção da Qualidade de Vida.

Cerca de 80% dos encontros foi realizada em uma das salas de orientação de mestrado da PUC GO, na área IV, Bloco A. A sala continha uma mesa e três cadeiras, ar condicionado, armário e boa iluminação. Em torno de 20% da amostra de idosos e familiares preferiu ser entrevistada na própria residência. Desta forma, pesquisadora deslocou-se até a casa deles,

solicitando que conversassem preferencialmente em um local mais reservado e livre de interrupções. Os encontros tiveram em média duração de 30 a 40 minutos.

Devido ao excesso de atividades profissionais relatados por cinco dos familiares que aceitaram participar da pesquisa, não foi possível a realização de um encontro pessoal. Estes cinco participantes, apesar de terem sido informados, em contato telefônico pela pesquisadora, dos objetivos da pesquisa e de terem concordado em colaborar, não disponibilizaram horários para a realização do encontro. Com o intuito de não perder os dados colhidos e tendo em vista a aceitação do familiar em participar da pesquisa, a pesquisadora optou por realizar a coleta de dados com esses cinco sujeitos por meio da aplicação de questionários escritos, com o que concordaram.

Sendo assim, esses cinco sujeitos receberam em casa envelope contendo: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Entrevista Semiestruturada e Questionário Circular da Percepção da Qualidade de Vida. Após um período de cerca de cinco dias, o mencionado envelope foi devolvido à pesquisadora e seus resultados foram incluídos no presente trabalho.

Resultados

Para a apresentação dos resultados, serão utilizadas sete tabelas. Os dados apresentados foram obtidos por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 13.0.

As tabelas exibem os seguintes elementos: 1) Dados sociodemográficos e clínicos, 2) Dados sociodemográficos dos familiares, 3) Escores do WHOQOL-Abreviado, 4) Escores do WHOQOL-OLD, 5) Correlação dos escores do WHOQOL-Abreviado e do WHOQOL-OLD com os dados clínicos, 6) Dados do Questionário Circular de Percepção da Qualidade de Vida dos Idosos, 7) Dados do Questionário Circular de Percepção da Qualidade de Vida dos Familiares.

Tabela 1
Dados Sociodemográficos e Clínicos dos Idosos Submetidos à Avaliação da Qualidade de Vida (N=30)

	F	F%
<u>Sexo</u>		
Feminino	28	93,3
Masculino	2	6,7
<u>Idade</u>		
60-65	17	56,67
66-70	9	30
71-80	4	13,33
<u>Estado Civil</u>		
Casado	14	46,7
Solteiro	6	20
Viúvo	7	23,3
Divorciado/Separado	3	10
<u>Descendência</u>		
Não possui filhos	6	20
Possui filhos	24	80
<u>Dependentes</u>		
Possuem dependentes	8	26,7
Não possuem dependentes	22	73,3
<u>Escolaridade</u>		
Ensino Fundamental	11	36,7
Ensino Médio	9	30
Ensino Superior	7	23,3
Pós-graduação	3	10
<u>Religião</u>		
Católica	25	83,3
Espírita	1	3,3
Evangélica	4	13,3
<u>Diagnóstico para doença</u>		
Sim	15	50
Não	15	50

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos e clínicos dos 30 idosos participantes do estudo que foram submetidos à avaliação da qualidade de vida por meio dos instrumentos WHOQOL-Abreviado, WHOQOL-OLD e da Ficha de Características Sóciodemográficas.

Nota-se que 93,3% são do sexo feminino, 56,67% encontram-se na faixa etária de 60 a 65 anos, 30% entre 66 e 70 anos e 13,33% estão entre 71 e 80 anos. Outro dado importante é que 46,7% da amostra é casada, ao passo que 23,3% dos idosos são viúvos, 20%, solteiros e 10%, separados ou divorciados.

Dos participantes, 80% possuem filhos e 26,7% ainda possuem dependentes. Do total de entrevistados, 36,7% cursaram apenas o ensino fundamental; 30% cursaram o ensino médio, 23,3% frequentaram universidade e 10% são pós-graduados. A grande maioria da amostra é católica, 83,3%, enquanto 13,3% são evangélicos.

Em relação aos dados clínicos apresentados na Tabela 1, o número de sujeitos com diagnóstico de saúde é o mesmo do número de pacientes sem diagnóstico de saúde, sendo que esse foi um critério para seleção dos dados aplicados.

Tabela 2

Dados Sociodemográficos dos Familiares Participantes (N=20)

	F	F%
<u>Sexo</u>		
Feminino	18	90
Masculino	2	10
<u>Idade</u>		
18-30	5	25
31-40	5	25
41-50	5	25
51-60	3	15
61-65	2	10
<u>Estado Civil</u>		
Casado (a)	14	70
Solteiro (a)	5	25
Divorciado/Separado (a)	1	5
<u>Parentesco</u>		
Filho (a)	13	65
Neto (a)	2	10
Irmão (ã)	4	20
Sobrinho (a)	1	5
<u>Escolaridade</u>		
Ensino Médio	9	45
Ensino Superior	11	55

A Tabela 2 apresenta os dados sociodemográficos dos 20 familiares participantes do estudo que foram submetidos à avaliação da qualidade de vida por meio da Ficha de Caracterização Sócio-demográfica e Questionário Circular de Percepção da Qualidade de Vida do Idoso.

Observa-se que 90% dos familiares entrevistados eram mulheres e apenas 10% homens. As idades variaram entre 18 e 65 anos. A maior parte da amostra possuía escolaridade superior, 55%, e 45% cursou o ensino médio.

Os familiares indicados para participarem da pesquisa, tidos pelos idosos como os principais cuidadores, eram seus filhos (65%), seguidos pelos irmãos, com 20% de indivíduos entrevistados, e netos, com 10% dos sujeitos. Também houve uma sobrinha entrevistada que foi identificada como cuidadora principal.

Tabela 3

Média Percentual e Desvio Padrão dos Domínios do WHOQOL-Abreviado dos Idosos Submetidos à Avaliação de Qualidade de Vida (N=30)

<i>Dimensões</i>	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Domínio Físico (Bref)	30	28,57	78,57	59,1667	13,77420
Domínio Psicológico (Bref)	30	41,67	91,67	64,0278	13,15266
Domínio Social (Bref)	30	16,67	83,33	62,2222	18,79173
Domínio Ambiental (Bref)	30	34,38	87,50	61,3542	12,98839
Domínio Geral (Bref)	30	37,50	100,00	67,9167	15,28583

A Tabela 3 refere-se às médias dos escores dos domínios e itens da escala aplicada para avaliação da qualidade de vida por meio do instrumento WHOQOL-Abreviado. Estes dados foram analisados da seguinte forma: quanto mais próximo de 100% for o escore, maior será a qualidade de vida para o participante em relação àquele domínio ou item avaliado.

Observa-se que a menor média dos escores da qualidade de vida foi apresentada no *domínio físico* (59), seguido *pelo domínio ambiental* (61). Os melhores escores em relação à qualidade de vida foram obtidos nos domínios *geral* e *psicológico*, sendo, respectivamente, 67 e 64.

A variabilidade existente entre os resultados é demonstrada pelo desvio padrão. Quanto maior variabilidade de respostas em relação à média, maior o desvio padrão. De acordo com a Tabela 3, os participantes (N = 30) apresentaram maior homogeneidade nas respostas relativas ao *domínio ambiental* (DP = 12,9). As respostas mais heterogêneas

encontram-se no *domínio social* (DP = 18,7) em que a menor média foi de 16,67 e a maior média obtida foi de 83,33.

Tabela 4

Média Percentual e Desvio Padrão dos Domínios do WHOQOL-OLD dos Idosos Submetidos à Avaliação de Qualidade de Vida (N = 30)

<i>Facetas</i>	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Média</i>	Desvio Padrão
Funcionamento Sensório	30	25,00	87,50	51,2500	15,77728
Autonomia	30	25,00	93,75	62,5000	16,49517
Atividades Presentes, Passadas e Futuras	30	43,75	87,50	68,1250	12,64464
Participação Social	30	31,25	93,75	62,9167	17,36504
Morte e morrer	30	00,00	100,00	51,2500	31,02939
Intimidade	30	18,75	100,00	68,1250	18,88243
Escore Geral Global (OLD)	30	36,46	85,42	61,4583	12,14165

Consoante se observa na Tabela 4, a maior média dos escores da qualidade de vida obtida pelo WHOQOL-OLD foi apresentada nas *facetas atividades presentes, passadas e futuras* (68,12) e *intimidade* (68,12), indicando que os idosos demonstram avaliar positivamente as conquistas na vida e a capacidade de manter relações íntimas e pessoais. As facetas com menores escores foram *morte e morrer* (51,25) e *funcionamento sensório* (51,25), revelando que os idosos entrevistados sentem-se mais impactados pelas perdas das habilidades sensoriais e apresentam inquietações e preocupações sobre as questões da morte. De outro lado, os participantes (N = 30) apresentaram respostas mais homogêneas relativamente à faceta *atividades presentes, passadas e futuras* (DP = 12,6) e mais heterogêneas nas respostas da faceta *morte e morrer* (DP=31,2).

Tabela 5

Comparativo entre Média Percentual e Desvio Padrão dos Domínios do WHOQOL-Abreviado e do WHOQOL-OLD no Grupo de Idosos com Diagnóstico Clínico (N = 15) e no Grupo Sem Diagnóstico Clínico (N = 15)

<i>Domínio/Faceta</i>	<i>Possui doença?</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	Std. Error Mean
Domínio Físico (Bref)	Sim	15	52,3810	14,39161	3,71590
	Não	15	65,9524	9,33920	2,41137
Domínio Psicológico (Bref)	Sim	15	59,1667	13,92654	3,59582

Tabela 5 (continuação)

<i>Domínio/Faceta</i>	<i>Possui doença?</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Std. Error Mean</i>
Domínio Psicológico (Bref)	Não	15	68,8889	10,66567	2,75387
Domínio Social (Bref)	Sim	15	53,8889	21,33135	5,50773
	Não	15	70,5556	11,29803	2,91714
Domínio Ambiental (Bref)	Sim	15	53,3333	11,10941	2,86844
	Não	15	69,3750	9,38987	2,42445
Domínio Geral (Bref)	Sim	15	60,8333	11,44344	2,95468
Domínio Geral (Bref)	Não	15	75,0000	15,66958	4,04587
Funcionamento Sensório	Sim	15	47,5000	12,22921	3,15757
	Não	15	55,0000	18,32860	4,73242
Autonomia	Sim	15	56,6667	9,87270	2,54912
	Não	15	68,3333	19,83001	5,12009
Atividades Presentes, Passadas e Futuras	Sim	15	63,3333	11,77985	3,04154
	Não	15	72,9167	11,96784	3,09008
Participação Social	Sim	15	52,5000	15,63393	4,03666
	Não	15	73,3333	12,15292	3,13787
Morte e morrer	Sim	15	60,8333	22,95992	5,92822
	Não	15	41,6667	65,64353	9,20312
Intimidade	Sim	15	59,1667	20,71095	5,34754
	Não	15	77,0833	11,73238	3,02929
Escore Geral Global (Old)	Sim	15	57,9167	10,78084	2,78360
	Não	15	65,0000	12,73830	3,28902

Dividindo-se a amostra em idosos que apresentam algum diagnóstico de doença e idosos saudáveis, livres de diagnóstico de doença, percebe-se que a média dos escores obtidos

nos instrumentos de qualidade de vida é significativamente diferente. Encontrou-se maior perda de qualidade de vida nos idosos possuidores de diagnóstico positivo para doenças nos dois instrumentos, WHOQOL-Abreviado (60) e WHOQOL-OLD (57). Conseqüentemente, os valores mais altos de qualidade de vida foram apresentados nos idosos sem diagnóstico tanto no WHOQOL-Abreviado (75) quanto no WHOQOL-OLD (65).

Existem evidências amostrais de que na maior parte dos domínios e facetas, a diferença entre os grupos foi significativa, a média do grupo sem diagnóstico foi maior do que a média do grupo dos idosos doentes. Apenas na faceta *funcionamento sensorio*, os resultados médios entre os portadores de doença (47) e os sem diagnóstico (55) foram próximos e não apresentaram evidências de diferenças consideráveis.

Os percentuais descritos nas próximas tabelas, 6 e 7, referem-se a frequência dos idosos (Tabela 6) e dos familiares (Tabela 7) que avaliam como verdadeiro ou falso os fatores relativos à qualidade de vida do idoso. Na primeira coluna, o idoso ou familiar informa como ele mesmo percebe a situação da qualidade de vida do idoso (Eu percebo). Na segunda coluna, os indivíduos, idosos ou familiares, avaliam como verdadeiro ou falso a forma como acreditam que o outro, familiar ou idoso, percebe a qualidade de vida na terceira idade (Eu acho que ele percebe). Por fim, na terceira coluna, os grupos de idosos e de familiares avaliam como verdadeiro ou falso a afirmação sobre a forma com que acreditam que o outro visualiza a sua percepção sobre a qualidade de vida do idoso (Ele acha que eu percebo). Com isso, nas duas tabelas apresentadas, o idoso e o familiar se colocam em três posições diferentes para avaliação das mesmas variáveis.

Neste estudo, considerou-se como sendo uma percepção de boa qualidade de vida a variável que estiver especificamente avaliada com o indicador verdadeiro maior ou igual a 80.

Tabela 6

Dados do Questionário Circular de Percepção da Qualidade de Vida na Terceira Idade - Participantes Idosos (N = 20)

IDOSO VARIÁVEL	EU PERCEBO		EU ACHO QUE ELE PERCEBE		ELE ACHA QUE EU PERCEBO	
	V(%)	F(%)	V(%)	F(%)	V(%)	F(%)
Saudável Fisicamente	75	25	65	35	65	35
Saudável Mentalmente	90	10	70	30	70	30
Vida Satisfatória	80	20	85	15	85	15
Vida Feliz	95	5	90	10	75	25
Vida Realizada	80	20	85	15	75	25
Vida Autônoma	90	10	90	10	90	10
Vida Sociável	90	10	85	15	100	0
Vida Produtiva	90	10	85	15	85	15
Vida Ativa	80	10	85	15	90	10
Vida Independente	90	10	90	10	90	10
Vida Respeitável	100	0	100	0	100	0
Independente	75	25	70	30	70	30
Financiamento						
Participativa na Família	85	15	95	5	95	5

Tabela 7

Dados do Questionário Circular de Percepção da Qualidade de Vida na Terceira Idade - Participantes Familiares Cuidadores (N=20)

FAMILIAR VARIÁVEL	EU PERCEBO		EU ACHO QUE ELE PERCEBE		ELE ACHA QUE EU PERCEBO	
	V(%)	F(%)	V(%)	F(%)	V(%)	F(%)
Saudável Fisicamente	65	35	55	45	45	55
Saudável Mentalmente	70	30	80	20	70	30
Vida Satisfatória	75	25	70	30	85	15
Vida Feliz	70	30	80	20	85	15
Vida Realizada	75	25	90	10	80	20
Vida Autônoma	80	20	90	10	85	15
Vida Sociável	70	30	90	10	75	25
Vida Produtiva	60	40	80	20	70	30
Vida Ativa	65	35	80	20	65	35
Vida Independente	80	20	90	10	90	10
Vida Respeitável	100	0	95	5	100	0
Independente	90	10	75	25	90	10
Financiamento						
Participativa na Família	85	15	80	20	90	10

A coluna 1 (Eu percebo) da Tabela 6 indica que o grupo de idosos pesquisados considera como sendo positivos a maior parte dos itens expostos para descrever sua qualidade de vida, sendo que em quase todos os indicadores suas respostas apresentaram porcentagem superior ou igual a 80 para avaliação verdadeira.

As menores porcentagens foram encontradas nos itens *saudável fisicamente* (75) e *independente financeiramente* (75), apontando que um menor número de idosos percebe sua qualidade de vida tão positiva quando se trata destas dimensões. No entanto, tal percepção difere da visão que os familiares dos idosos têm sobre a qualidade de vida destes. Nota-se, na Tabela 7, que sete dos 13 indicadores de qualidade de vida apresentados obtiveram percentuais abaixo de 80 para a frequência de respostas verdadeiras.

Desta maneira, entende-se que um maior número de familiares considera como mais precários os seguintes indicadores da qualidade de vida do idoso: *saudável fisicamente* (65), *saudável mentalmente* (70), *vida satisfatória* (75), *vida feliz* (70), *vida realizada* (75), *vida sociável* (70), *vida produtiva* (60) e *vida ativa* (65).

A coluna 2 (Eu acho que ele percebe) da Tabela 6 indica que há uma menor frequência de idosos que acham que seus familiares os vêem como possuidores de saúde mental e física. A avaliação verdadeira obteve menor percentual nos itens: *saudável fisicamente* (65) e *saudável mentalmente* (70).

Já os familiares acreditam que os idosos se percebem como possuidores de menos qualidade de vida nos itens ligados à *saúde física* (65), à *satisfação* (70) e à *independência financeira* (75), resultados revelados na coluna 2 da Tabela 7.

Expõe a coluna 3 da Tabela 6 que o idoso considera que seus familiares acreditam que ele, idoso, sente-se possuidor de baixos indicadores de qualidade de vida no que tange à *saúde física* (65), à *saúde mental* (70), à *vida realizada* (75), à *vida autônoma* (75) e à *independência financeira* (70).

Este mesmo prisma, avaliado pelos familiares, aponta que esses inferem que o idoso pensa que eles percebem a qualidade de vida do idoso como possuindo mais déficits nos itens: *saudável fisicamente* (45), *saudável mentalmente* (70), *vida produtiva* (75) e *vida ativa* (70).

Discussão

A amostra de idosos da presente pesquisa foi constituída em sua maioria por participantes do sexo feminino com idades entre 60 e 80 anos. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2008), há uma tendência demográfica que expressa o envelhecimento da população. Esse aumento do número de idosos no Brasil é acompanhado por um crescimento principalmente da população idosa feminina, pois o tempo médio de vida das mulheres apresenta uma situação mais favorável, aumentando de 72,3 para 75,8 anos. No caso dos homens, por outro lado, o crescimento foi de 65,1 para 68,7 anos (IBGE, 2008).

Para Nascimento (2000), a feminização da terceira idade é um processo evidente para todos os demógrafos que lidam com as mudanças presentes na estrutura etária do Brasil. Espera-se para 2050 uma proporção de 58,4% de mulheres para o total de população de 38,3 milhões de pessoas idosas (IBGE, 2008).

As diferenças de gênero não se destacam apenas pela maior proporção de mulheres idosas, mas também evidenciam a divergência relevante da vivência da velhice entre homens e mulheres. O maior número de mulheres na amostra pode estar relacionado ao local escolhido para a coleta de dados. As mulheres idosas tendem, mais do que os homens nessa idade, a freqüentar espaços específicos criados para atender essa demanda como, por exemplo, *Faculdades Abertas à Terceira Idade*, oficinas de memória, bailes, grêmios recreativos, sindicatos de aposentados (Coutinho & Acosta, 2009).

Outro fenômeno ligado às questões de gênero foi o maior número de mulheres indicadas pelos idosos como sendo a principal fonte de cuidados da família. A amostra feminina de familiares investigados foi expressivamente maior, correspondendo a 90% dos entrevistados.

Para Carter e McGoldrick (2001), tradicionalmente as mulheres são consideradas como responsáveis pela manutenção dos relacionamentos familiares, e por todos os seus cuidados: por seus maridos, por seus filhos, por seus pais, pelos pais de seus maridos ou qualquer outro membro dependente. Mesmo atualmente, muitas mulheres cuidam da casa e de algum parente idoso. Carter e McGoldrick (2001) afirmam que os cuidados com os idosos, em sua maioria mulheres, são claramente definidos como uma tarefa feminina.

Os resultados dos instrumentos de avaliação de Qualidade de vida aos quais os idosos foram submetidos apresentaram médias mais baixas principalmente no que se refere aos domínios físico (59,16%) e ambiental (61,35%), ambos constituintes do WHOQOL-Abreviado. No questionário WHOQOL-OLD, as facetas com menor média de qualidade de vida foram Funcionamento Sensorio (51,25%) e Morte e Morrer (51,25%).

Os piores valores atribuídos ao domínio ambiental estão em consonância com dados obtidos em outros estudos, evidenciando a necessidade de investimento em políticas públicas que atendam esta parcela da população. O domínio meio ambiente integrante deste instrumento refere-se à segurança física, aos recursos financeiros, à disponibilidade e à qualidade dos cuidados de saúde, à oportunidade de adquirir novas informações, de recreação e ao ambiente físico geral como, por exemplo, poluição, ruído, trânsito, clima e transporte (Gordia, Quadros & Campos, 2008).

A média mais baixa de qualidade de vida apresentada na faceta morte e morrer, constituinte do WHOQOL-OLD, pode expressar a influência do modo como a sociedade ocidental lida com a morte. De acordo com Morin (1999), o ser humano rejeita a morte criando mitos para negá-la. Não existe liberdade para se discutir esse tema e tudo que lembra a morte costuma ser evitado.

A teoria psicossocial do desenvolvimento de Erikson (1998) indica que a não aceitação da morte seria um ponto desfavorável ao desenvolvimento do indivíduo,

contribuindo para que esse vivencie a sua velhice com sentimentos de “desespero” ao invés de “integridade”. Esse sentimento de integridade possibilitaria mais saúde e qualidade de vida ao longo dos anos.

As menores médias de qualidade de vida encontradas na dimensão física, no WHOQOL-Abreviado, e na faceta funcionamento sensorio, no WHOQOL-OLD, apontam para a importância da saúde no estabelecimento da qualidade de vida. Para Straub (2007), o elo entre envelhecimento e doença se dá em parte pelo enfraquecimento do sistema imunológico que combate as doenças e pelas perdas sensoriais e perceptivas que estão entre as manifestações inalteráveis da idade. Estas mudanças interferem diretamente na vida dos indivíduos, que demonstram uma intensa preocupação com elas.

Correlacionando os dados clínicos com os índices de qualidade de vida, percebe-se que a diferença entre as médias globais de qualidade de vida são significativas entre os idosos possuidores de alguma enfermidade física e os idosos não possuidores de enfermidade. Nos dois inventários aplicados, as médias do WHOQOL-OLD e do WHOQOL-Abreviado foram inferiores para os idosos doentes.

Ao que os dados indicaram a doença interfere em quase todas as dimensões da qualidade de vida investigadas. Sua relação não foi significativa apenas quando se trata do funcionamento sensorio. Esse dado pode ser explicado pelo fato de que a queda no funcionamento dos sentidos é comum entre os idosos, independentemente da presença de doença ou não, e interfere igualmente na qualidade de vida.

Avaliando a forma com que os familiares percebem a qualidade de vida dos idosos, observa-se que eles o fazem com pessimismo. Houve um número significativo de familiares que indicou um menor índice de respostas verdadeiras em muitos fatores da vida do idoso: saúde física, saúde mental, satisfação, felicidade, realização, sociabilidade, produção e ação.

Comparando esta percepção do familiar com a visão que o próprio idoso faz da qualidade de vida na velhice, entende-se que o idoso sente sua vida com melhor qualidade do que considera seu familiar. Apenas os índices ligados à saúde física e à independência financeira receberam uma frequência mais baixa de respostas positivas contra os oito índices apontados pelos familiares.

Costa (2006) afirma que os idosos comumente definem o envelhecimento como um processo no qual se destacam as limitações físicas e a perda do status social e familiar. Esses são exatamente os itens destacados com menor quantidade de respostas positivas.

A divergência de percepção entre idosos e familiares pode estar relacionada ao preconceito de idade, que categoriza as pessoas com base na faixa etária. A velhice, muitas vezes, é categorizada como sendo um período desvalorizado principalmente pela ausência ou diminuição da capacidade produtiva, tão exaltada social e culturalmente (Hayflic, 1996, citado por Mancia, Portela & Viecili, 2008).

A visão negativa dos familiares sobre a idade avançada pode estar ligada ao fato da população idosa ser alvo freqüente de estereótipos negativos, cheia de noções preconcebidas a respeito de suas características. Em uma sociedade em que são exigidas capacidade de competição e produção, os idosos tornam-se desfavorecidos, restando-lhes aspectos negativos para vivenciar: a doença, a dependência e a tristeza (Mercadante, 1996, citado por Mancia et al., 2008).

Tais representações, que há muito vêm sendo difundidas, contribuem significativamente para criar expectativas negativas sobre envelhecimento, fomentar imagens que reforçam uma forma padronizada de conduta na velhice e perpetuar os estereótipos negativos (Hayflic, 1996, citado por Mancia et al., 2008).

Os idosos, em virtude de suas perdas físicas e cognitivas, preocupam-se em sobrecarregar seus familiares com exigências de cuidados médicos e financeiros. Segundo a

pesquisa patrocinada pela Fundação Perseu Abramo, denominada Idosos no Brasil - Vivências, desafios e expectativas na 3ª idade (2003), o medo dos idosos em dar trabalho aos outros chega a ser maior do que o medo de sofrer ou sentir dor. Talvez, o pensamento dos idosos apontados na coluna 2 da Tabela 6 no sentido de que seus familiares os vêem como possuidores de menor qualidade de vida no que se refere à saúde física, saúde mental e independência financeira esteja refletindo suas próprias preocupações em não se tornarem um peso para seus parentes próximos.

Sobre a inferência de como o outro acha que ele percebe a qualidade de vida, os idosos relatam que seus familiares pensam que eles se vêem como possuidores de baixa qualidade em muitos aspectos: saúde física, vida satisfatória e independência financeira. E os familiares descreveram que eles deveriam sentir índices mais baixos relacionados a saúde física, a satisfação e a independência financeira. Ou seja, os idosos foram um pouco mais pessimistas para descreverem como os familiares consideram sua percepção da própria qualidade de vida.

A inferência de como o idoso acha que o familiar percebe a qualidade de vida indicou os índices com menor frequência de respostas verdadeiras: saudável fisicamente, saudável mentalmente, vida produtiva e vida ativa.

A análise e comparação dos resultados indicam que os familiares apresentaram uma visão da velhice mais negativa do que o idoso apesar de conseguiram prever ou hipotetizar de forma correta a maneira com que os próprios idosos se percebem. Já os idosos apresentaram uma percepção mais otimista de sua qualidade de vida e demonstraram também de forma geral uma percepção aguçada sobre a forma com que os familiares os vêem.

Considerações Finais

As diferentes percepções da qualidade de vida do idoso parecem estar influenciadas pelos mitos e visões negativas sobre a velhice. Ao classificar um número maior de dimensões da qualidade de vida afetadas pelo envelhecimento do que as apontadas pelo próprio idoso. Os

familiares podem estar considerando a impossibilidade de ter uma vida ativa, feliz e produtiva diante das perdas sensoriais e do aumento da idade.

Dentro de uma concepção capitalista, entende-se que a felicidade está ligada ao dinheiro e, automaticamente, à capacidade de produzir. Zimmermann (2000) destaca o fato de que o ser humano pode produzir outras coisas que não só bens materiais. A produção de felicidade e ou a realização de atividades que proporcionam prazer podem ser aspectos presentes no envelhecimento saudável.

As inferências dos idosos e familiares acerca da maneira como entendem que o outro percebe a qualidade de vida do idoso, obtidas a partir das perguntas de meta-análise, aproximam-se da realidade vivenciada. Entretanto, nota-se que os entrevistados, no momento de responder às perguntas autorreflexivas, não levaram em consideração, de modo significativo, as diferenças nas percepções de cada indivíduo, mesmo cientes da existência dessas divergências.

A diferença entre as percepções do próprio indivíduo e o que ele considera como percepção do outro leva à suposição da existência de uma lacuna comunicacional. Esta lacuna pode refletir o fato de que, apesar dos idosos conseguirem comunicar os aspectos nos quais se sentem satisfeitos ou insatisfeitos e dos familiares perceberem esses aspectos, a qualidade de vida continua classificada pelos familiares baseando-se no imaginário social de negativismo.

De toda forma, as diferenças nos dados mostram que há falhas provenientes da comunicação entre os idosos e seus familiares. Os dados representam que há, de modo claro, emissão e recepção da informação sobre a qualidade de vida do idoso, contudo tal notícia não é considerada com a devida importância, demonstrando ineficácia nessa comunicação. A família e o indivíduo em desenvolvimento devem apresentar mais estabilidade e equilíbrio, como postula Bronfenbrenner (1996), para que haja um crescimento saudável. A comunicação das idéias e necessidades é essencial na promoção deste equilíbrio e deve ser incentivada.

O estereótipo presente no macrossistema no sentido de que o grupo de pessoas mais velhas é homogêneo e inferior, parece apresentar reflexos no microsistema (Stuart-Hamilton, 2002). A visão negativa que a maior parte dos familiares declarou possuir sobre a vida de seus parentes idosos leva a crer que aqueles não estão percebendo a subjetividade dos que lhe estão próximos. Por esse motivo, correm o risco de agir baseando-se em idéias preconcebidas, atendendo a necessidades outras que não as verdadeiramente requeridas pelos membros idosos da família.

Os esforços da gerontologia para contribuir na modificação dos estereótipos negativos que envolvem o tema da velhice são necessários e devem ser ampliados. Esse trabalho aponta na direção de ação dentro do próprio microsistema, sendo que a família deve buscar uma maior capacidade para perceber o idoso que nela está inserido.

Valorizar a velhice e aceitar que a qualidade de vida é possível mesmo com o passar dos anos é uma mudança de paradigma necessária e urgente.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, S. M. L. (2006). *Qualidade de vida do idoso* (2ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Andersen, T. (1996). *Processos reflexivos*. Rio de Janeiro: Instituto de Terapia de Família RJ.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1993). *A Terapia Familiar Sistêmica de Milão. Conversações sobre teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1979).
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2001). *As mudanças no ciclo familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed.). (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1989).
- Coutinho, R. X. & Acosta, M. A. F. (2009). Ambientes masculinos da terceira idade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(4), 1111-1118.
- Costa, F. G. (2006). *A tomada de consciência e o grupo focal na transformação das representações sociais do envelhecimento: uma pesquisa de intervenção*. Recuperado em 01 jun. 2009 de http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1896.
- Duarte, Y. A. O. & Diogo, M. J. E. (2000). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico* (1ª ed.). São Paulo: Atheneu.
- Erikson, E. H. (1998). *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artmed
- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 37(6), 793-799.

- Fundação Perseu Abramo. (2007). *Idosos no Brasil - vivências, desafios e expectativas na 3ª idade*. Recuperado em 01 de jun. 2009 de <http://www2.fpa.org.br/portal/modules/news/index.php?storytopic=1643>.
- Gordia, A.P, Quadros, T. M. B & Campos. (2008). Variáveis sociodemográficas como determinantes do domínio meio ambiente da qualidade de vida de adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva [Online]*, Recuperado em 01 jun. 2009 de http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2975.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980-2050. Revisão 2008*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Mancia, J. R., Portela, V. C. C. & Viecili, R. (2008). A imagem dos acadêmicos de enfermagem acerca do próprio envelhecimento. *Rev. Bras. Enferm.*, 61 (2), 221-226.
- Morin, E. (1999). *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago.
- Nascimento, M. R. (2000). Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar. In Wong, L. R. (Ed.). *O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso*. (pp. 191-218). Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar/ABEP.
- Porto, I & Koller, S. H. (2006). A violência na família contra pessoas idosas. *Interações*, 12(6), 105-142.
- Straub, R. O (2007). *Psicologia da Saúde*. (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A psicologia do envelhecimento: uma introdução* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Zimmermann, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

Capítulo III

O impacto das relações familiares no envelhecimento com qualidade de vida

The impact of family relationships on aging with quality of life

Área do artigo: Psicologia do Desenvolvimento

Resumo

Esta pesquisa visa identificar, descrever, analisar e comparar os sentidos atribuídos à qualidade de vida do idoso por ele mesmo e por sua família. A amostra foi constituída de 20 idosos, com idades entre 60 e 79 anos (18 mulheres e dois homens) e 20 familiares (18 mulheres e dois homens). Foram aplicados os instrumentos: Ficha de Caracterização Sociodemográfica e Entrevista Semiestruturada. Os resultados revelam forte influência da família na construção da qualidade de vida do idoso. As considerações dos familiares e idosos demonstraram que é importante reconhecer e compreender as mudanças dessa faixa etária para buscar ajustes que possibilitem qualidade de vida.

Palavras Chave: Idoso, Qualidade de Vida, Relações Familiares.

Abstract

This research aims to identify, describe, analyze and compare the meanings attributed to quality of life of elderly by himself and his family. The sample consisted of 20 elderly people, aged between 60 and 79 years (18 women and two men) and 20 family members (18 women and two men). Such indicators were applied: Sociodemographic Characterization file and semi-structured Interviews. The results show strong influence of the family in building the quality of life of the elderly. The remarks of the family and the elderly have shown that it is important to recognize and understand the changes in that age group to seek adjustments to enable quality of life.

Keywords: Elderly, Quality of Life, Family Relations.

Envelhecer com Qualidade de Vida: A Influência das Relações Familiares

O envelhecimento é um processo biológico, psicológico e social, afetando as relações do indivíduo com o mundo e com sua própria história (Teixeira, 2006). A família é um universo social dinâmico que, assim como o indivíduo que a constitui, vivencia fenômenos como nascimento, crescimento e envelhecimento (Sarti, 2001).

Tratando-se de dois organismos distintos e ao mesmo tempo únicos, família e indivíduo vivenciam o processo de envelhecer fornecendo diferentes sentidos para ele. A partir dessas percepções da família e do idoso, o envelhecimento pode significar apenas mais uma etapa da vida a ser cumprida, mas também pode ser um momento de satisfação e crescimento.

As influências possíveis entre organismo e sistema foram muito bem descritas pelo teórico do desenvolvimento Bronfenbrenner que, ao desenvolver a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH), aborda com bastante clareza o entendimento do ser humano em relação a seu ambiente familiar e comunitário (Morris & Bronfenbrenner, 1998, citados por Porto & Koller, 2006). Este autor destaca a importância de explicar o comportamento na relação entre o sujeito e o ambiente. O desenvolvimento humano sob enfoque bioecológico é definido pela interação mútua e progressiva entre uma pessoa ativa e as propriedades sempre em transformação dos contextos imediatos em que ela vive (Porto & Koller, 2006).

Segundo Zimmerman (2000), à medida que o indivíduo envelhece, volta-se mais para a família. Assim, torna-se importante considerar o posicionamento familiar como um dos pilares do suporte físico, emocional e social, sendo crucial para que o indivíduo tenha qualidade de vida com o passar dos anos. A interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência

econômica podem construir um envelhecimento saudável e com qualidade (Pereira, Cotta, Franceschini, Ribeiro, Saimpaio, Priore & Cecon, 2006).

Contudo, para Carter e McGoldrick (2001), prevalecem as previsões pessimistas da família no estágio tardio de vida. O idoso é apresentado pela mídia como um indivíduo à margem da comunidade social, onde não existem muitas opções de ajustamento dentro da família. Muitas vezes, a única solução encontrada pode representar afastar-se ainda mais e romper totalmente com a sociedade. Esta visão negativa do destino do idoso na família acompanha as representações sociais sobre o envelhecimento que, em geral, insistem nos aspectos relacionados às perdas e à dependência (Costa, 2006).

A construção do envelhecimento saudável e com qualidade deve ultrapassar essas noções estereotipadas de que os relacionamentos familiares nessa fase são conflituosos e obrigatórios. Para afastar estas concepções errôneas e preconceituosas e entender o lugar importante da interatividade entre o idoso e sua família na construção do envelhecimento saudável, faz-se necessário investigar quais são os sentidos que cada indivíduo dá a esse processo quando se trata da qualidade de vida.

A família, como um sistema em conjunto com seus membros mais velhos, enfrenta desafios importantes na adaptação do envelhecer. As mudanças requerem o apoio familiar, o ajustamento às perdas, a reorientação e reorganização (Carter & McGoldrick, 2001). Desta maneira, é interessante identificar quais os parâmetros que os membros da família possuem a respeito da qualidade de vida do idoso e que parâmetros os próprios idosos consideram, a fim de que seja possível a ressignificação deste período, passando a ser visto como um momento em que é perfeitamente possível se ter qualidade de vida.

A definição de qualidade de vida pela Organização Mundial de Saúde, OMS, envolve justamente a percepção do indivíduo sobre a vida no contexto em que está inserido. Desta maneira, cresce o consenso nos estudos destinados a este tema que se deve não só considerar a

perspectiva do indivíduo, mas também apresentar um enfoque multidimensional onde o contexto deve estar inserido (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Portanto, um aspecto importante na avaliação de qualidade de vida são os sentidos atribuídos por cada pessoa às dimensões de sua vida. Emprega-se aqui o conceito “sentido” tal como definido por González Rey (2003), algo subjetivo que pode ser compreendido como uma complexa combinação de emoções e processos simbólicos, vivenciados em diferentes momentos e diversas esferas processuais da vida dos sujeitos.

Desta forma, com o intuito de possibilitar o bom funcionamento familiar no estágio posterior de vida, o presente estudo pretende investigar e comparar os sentidos dos idosos e de seus familiares acerca da qualidade de vida do idoso, para, assim, explorar novas opções e respostas que possam atender aos desafios desenvolvimentais deste período.

Objetivos

O objetivo geral deste estudo é identificar, descrever, analisar e comparar os sentidos atribuídos a qualidade de vida do idoso por ele mesmo e por sua família.

Método

Participantes

Participaram desta pesquisa 20 idosos, participantes da Universidade Aberta a Terceira Idade (PUC-GO), sendo 18 (90%) do sexo feminino e 2 (10%) do sexo masculino. Também foram constituintes da amostra 20 familiares de idosos, 18 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. As idades dos 20 participantes idosos variaram entre 60 e 79 anos de idade. E as idades dos familiares variaram entre 18 e 65 anos de idade.

Instrumentos

Para este estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: Ficha de Caracterização Sóciodemográfica da População Estudada e Entrevista Semiestruturada.

- Ficha de Características Sóciodemográficas (Anexo C): Elaborada pela pesquisadora para este estudo, consiste em um formulário para coleta de dados pessoais e

sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, situação de moradia – se com familiares, sozinho, outros -, atividades instrumentais e físicas regulares, condições da saúde, naturalidade, religião). O preenchimento de dados do familiar participante buscou obter informações como nome, grau de parentesco com o idoso, idade, sexo, estado civil, escolaridade e profissão.

- Roteiro de Entrevista Semiestruturada (Anexos G e H): A entrevista semiestruturada elaborada pela pesquisadora teve como intuito investigar a forma pela qual se dão os relacionamentos entre os familiares dentro de um microsistema possuidor de membro idoso. Buscou-se compreender as dificuldades, ansiedades, benefícios, a adaptação de papéis no sistema, modo de comunicação, enfrentamento às mudanças, que são temas presentes nesta fase, além de explorar a afetividade entre os membros e a coerência nas atitudes.

Procedimentos

Após avaliação e aprovação o projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo nº. 057/2009, a pesquisadora entrou em contato com alguns idosos alunos da UNATI-UCG, explicando-lhes os objetivos da pesquisa e os convidando a participar. Foram agendados horários individuais com os idosos interessados em participar da pesquisa de acordo com a disponibilidade do entrevistado e da entrevistadora.

No primeiro contato, todos os participantes expressaram por escrito a sua concordância em participar do estudo. Depois de devidamente informados de suas características, formato e objetivos, os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde são garantidos sigilo e anonimato (Anexo A).

Em seguida, foram aplicados os instrumentos na seguinte ordem: Ficha de Caracterização Sócio Demográficas e Entrevista Semiestruturada. Em alguns participantes da pesquisa, após a entrevista, também foram aplicados outros instrumentos na seguinte ordem: WHOQOL-Abreviado, WHOQOL-OLD, Questionário Circular de Percepção da Qualidade

de Vida. Contudo, os resultados obtidos com estes instrumentos não foram utilizados no âmbito da pesquisa descrita neste artigo, conforme explicitado na apresentação deste trabalho.

Neste mesmo encontro, foi solicitada ao idoso a indicação de um cuidador familiar para participar da pesquisa. O familiar indicado foi contatado e, durante o encontro individual previamente agendado entre a pesquisadora e o familiar, informado das características do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Familiar, onde são garantidos o sigilo e o anonimato (Anexo B). Posteriormente à assinatura do termo, os seguintes instrumentos foram aplicados nesta ordem: Ficha de Caracterização Sócio-demográfica, Entrevista Semiestruturada e Questionário Circular da Percepção da Qualidade de Vida. Como descrito na apresentação deste trabalho, esse último questionário não foi utilizado para elaboração do estudo apresentado neste artigo.

Cerca de 80% dos encontros foram realizados em uma das salas de orientação de mestrado da PUC GO, na área IV, Bloco A. A sala continha uma mesa e três cadeiras, ar condicionado, armário e boa iluminação. Em torno de 20% da amostra de idosos e familiares preferiu ser entrevistada na própria residência. Desta forma, pesquisadora deslocou-se até a casa deles, solicitando que conversassem preferencialmente em um local mais reservado e livre de interrupções. Os encontros tiveram, em média, duração de 30 a 40 minutos.

Devido ao excesso de atividades profissionais relatados por cinco dos familiares que aceitaram participar da pesquisa, não foi possível a realização de um encontro pessoal. Estes cinco participantes, apesar de terem sido informados, em contato telefônico pela pesquisadora, dos objetivos da pesquisa e de terem concordado em colaborar, não disponibilizaram horários para a realização do encontro. Com o intuito de não perder os dados colhidos e tendo em vista a aceitação do familiar em participar da pesquisa, a pesquisadora optou por realizar a coleta de dados com esses cinco sujeitos por meio da aplicação de questionários escritos, com o que concordaram.

Sendo assim, esses cinco sujeitos receberam em casa envelope contendo: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Entrevista Semiestruturada e Questionário Circular da Percepção da Qualidade de Vida, este último não foi utilizado para a presente pesquisa. Após um período de cerca de cinco dias, o mencionado envelope foi devolvido à pesquisadora e seus resultados foram incluídos no presente trabalho.

As demais 35 entrevistas, sendo 20 com idosos e 15 com familiares, foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas literalmente. Todas as entrevistas foram submetidas à categorização de seus conteúdos temáticos, segundo a técnica de Bardin (2008), para análise qualitativa de seus resultados. A transcrição e categorização foram realizadas manualmente pela pesquisadora e não contaram com o uso de qualquer programa auxiliar. O processo de categorização recebeu revisão do orientador da pesquisa.

Resultados

Os dados qualitativos da pesquisa estão apresentados em três tabelas e foram obtidos a partir da técnica de Bardin (2008). Esta técnica oferece os passos para a construção de categorias temáticas, sendo que a nomeação das mesmas é feita segundo o referencial teórico e prático do próprio pesquisador (categorias *a posteriori*). Seguindo as instruções propostas por Bardin (2008), as entrevistas dos idosos foram categorizadas pela pesquisadora em seis temas alguns contendo subcategorias. Emergiram das entrevistas dos familiares cinco categorias sendo que algumas também foram divididas em subcategorias.

As tabelas apontam descrição e categorização das entrevistas. Sendo elas: 1) Tabela de frequência das categorias e subcategorias temáticas de qualidade de vida desenvolvida com base na entrevista semi-estruturada com os idosos, 2) Tabela de frequência das categorias e subcategorias desenvolvida com base na entrevista semi-estruturada com os familiares dos idosos e 3) Tabela comparativa entre as categorias obtidas com base nas entrevistas semi-estruturadas com os idosos e com os familiares.

Tabela 1

Frequência de Categorias e Subcategorias Temáticas dos Idosos Submetidos à Avaliação de Qualidade de Vida (N=20)

<i>Categorias e Subcategorias</i>	<i>F</i>	<i>F (%)</i>	<i>F (%)</i>
	<i>Geral</i>	<i>Geral</i>	<i>por Categoria</i>
1. Avaliação da Qualidade de Vida pelo Idoso	275	54,56	100
1.1. Dimensão Física	30	5,95	10,91
1.2. Dimensão Psicológica	33	6,55	12,00
1.3. Dimensão Religiosa	13	2,58	4,73
1.4. Dimensão Funcional	7	1,39	2,55
1.5. Dimensão Financeira	9	1,79	3,27
1.6. Dimensão Social	19	3,77	6,91
1.7. Dimensão Familiar	164	32,54	100
1.7.1. Dimensão Familiar Incentivo	23	4,56	14,02
1.7.2. Dimensão Familiar Assistência nas Atividades Diárias	16	3,17	9,76
1.7.3. Dimensão Familiar Apoio	41	8,13	25,00
1.7.4. Dimensão Familiar Presença	16	3,17	9,76
1.7.5. Dimensão Familiar Aceitação	37	7,34	22,56
1.7.6. Dimensão Familiar Carinho	31	6,15	18,90
2.0. Expectativa em Relação ao Papel Familiar	82	16,27	100
2.1. Presença	13	2,58	15,85
2.2. Ajuda nos Afazeres domésticos	13	2,58	15,85
2.3. Contribuição Financeira	6	1,19	7,32
2.4. Aceitação	22	4,37	26,83
2.5. Abertura para Comunicação	11	2,18	13,41
2.6. Confiança	17	3,37	20,73
3.0. Mudanças na Dinâmica Familiar	51	10,12	100
3.1. Distanciamento entre os membros	6	1,19	11,76
3.2. Queda no Padrão de vida	8	1,59	15,69
3.3. Amadurecimento e Compreensão	9	1,79	17,65
3.4. Perda no Poder e Autonomia do Idoso	7	1,39	13,73
3.5. Falecimento de Entes Queridos	12	2,38	23,53
3.6. Conflitos Conjugais	9	1,79	17,65
4.0. Comunicação na Família	29	5,75	100
4.1. Comunicação Boa	18	3,57	62,07
4.2. Comunicação Ruim	11	2,18	37,93
5.0. Preocupações com a família	29	5,75	100
5.1. Desemprego dos filhos	6	1,19	20,69
5.2. Alcoolismo de um membro da família	4	0,79	13,79
5.3. Problemas de Saúde de um membro	7	1,39	24,14
5.4. Problemas Relacionais entre os membros	12	2,38	41,38
6.0. Formas de Contato com os familiares	38	7,54	100
6.1. Telefone	16	3,17	42,11
6.2. Internet	5	0,99	13,16
6.3. Pessoalmente	17	3,37	44,74
Total	504	100	

A Tabela 1 traz a frequência de partes dos discursos dos participantes, chamadas de unidades de análise, obtidas por meio das entrevistas semiestruturadas realizadas com os idosos e transcritas literalmente. As 20 entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo, segundo a técnica de Bardin (2008).

A partir da junção dos eixos temáticos relacionados à qualidade de vida dos idosos, formaram-se seis categorias. Uma categoria consiste num agrupamento de trechos do discurso dos participantes que mantêm um tema ou eixo temático comum, podendo conter subcategorias ou detalhamentos da categoria principal.

A entrevista semiestruturada com os idosos produziu as seguintes categorias ou eixos temáticos: *avaliação da qualidade de vida pelo idoso, expectativa em relação ao papel familiar na construção da qualidade de vida, mudanças na dinâmica familiar, comunicação na família, preocupações com a família, principais formas de contato com os familiares.*

Destaca-se que, na Tabela 1, a frequência percentual foi calculada baseando-se no número total de trechos do discurso dos participantes, 504 unidades analisadas, e não no número de participantes entrevistados (N = 20). Para uma melhor apreciação dos conteúdos, algumas categorias foram divididas em subcategorias.

De acordo com a realização da análise de conteúdo das entrevistas, percebe-se que a categoria *avaliação da qualidade de vida pelo idoso*, apresenta um total de sete subcategorias, sendo que a *dimensão familiar* ainda é fracionada em outras seis subcategorias. *A dimensão familiar* foi a que apresentou um maior número de unidades de análise totalizando de 164 unidades que corresponde a 32,54% do total.

A dimensão psicológica foi a segunda no percentual de unidades, possuindo um total de 33 unidades (6,55%), seguida pela *dimensão física* com 30 unidades (5,95%).

Dentro da categoria *dimensão familiar*, a subcategoria *dimensão familiar apoio* foi a que apresentou maior número de unidades de análise sendo 41 unidades que corresponde a

25% do total da categoria, seguida pela *dimensão familiar aceitação* com 37 unidades, que representa 22,56% da categoria, e pela *dimensão familiar carinho*, que foi apontada em 31 unidades ou 18,90% da categoria.

A categoria denominada *expectativas em relação ao papel familiar* obteve 82 unidades de análise, o que representa 16,27% do total geral analisado. Dentre as subcategorias desse tema, a *expectativa de aceitação* foi apontada como o principal comportamento familiar almejado pelo idoso (22 unidades), correspondendo a 26,83% percentual da categoria. Também foram apontadas 17 unidades referentes à *expectativa de confiança* por parte do familiar que representa 20,73% da categoria, seguida por 13 unidades para *expectativa de presença* e o mesmo número de unidades de análise (13 unidades ou 15,85% do total da categoria) para *expectativa de ajuda nos afazeres domésticos*. Também surgiram como subcategorias comportamentos como *abertura para comunicação* representada por 11 unidades ou 13,41% e *contribuição financeira* 6 unidades, 7,32%.

A categoria que revela as principais mudanças ocorridas na dinâmica familiar produziu um maior número de subcategorias referentes à *perda dos entes queridos*, representada por 12 unidades de análise correspondendo a 23,56% das unidades analisadas, seguida das subcategorias: *conflitos conjugais e amadurecimento e compreensão*, ambas com 9 unidades de análise com 17,65% cada, *queda no padrão de vida* com 8 unidades ou 15,69%, e *distanciamento entre os membros*, com 6 unidades que corresponde a 11,76% das unidades analisadas.

A *comunicação familiar* foi descrita em 29 unidades de análise, sendo que um número maior de unidades se referiu a *comunicação boa ou eficaz* (18 unidades ou 62,07% do total da categoria) e 11 unidades indicaram *comunicação ruim* (37,93% do total da categoria).

Surgiu como categoria, nas entrevistas analisadas, a reunião das principais preocupações que os idosos apresentavam em relação aos seus familiares. Esta categoria

apresentou como índice de maior preocupação os *problemas relacionais* entre os membros apresentando 12 unidades de análise, correspondentes a 41,38% do total da categoria, seguidas pela preocupação com os *problemas de saúde* de um membro com 7 unidades, representando 24,14% percentual da categoria, *desemprego dos filhos* (6 unidades) com 20,69% unidades analisadas e *alcoolismo de um membro da família* com 4 unidades com percentual de 13,79%.

A categoria que descreve as principais formas de contato entre os idosos e seus familiares revela um maior número de unidades na subcategoria *pessoalmente* (17 unidades) com maior percentual da categoria 44,74%, seguida pela subcategoria *telefone* com percentual de 42,11% (16 unidades) e *internet* somando o total de 13,16% (4 unidades).

Abaixo, estão relacionadas as descrições das categorias e subcategorias temáticas retiradas das entrevistas semiestruturadas realizadas com os idosos. As descrições das categorias e subcategorias temáticas vêm acompanhadas de um exemplo da unidade de análise extraída das entrevistas transcritas. Após cada exemplo apresentado para ilustrar as categorias e subcategorias, tem-se as informações: letra “S” que significa sujeito, seguida de um número que refere àquele sujeito; a letra “P” significa página, seguida do número que aponta a página em que se encontra a unidade.

Descrição das Categorias e Subcategorias Temáticas da Qualidade de Vida dos Idosos Segundo Eles Mesmos

Avaliação da qualidade de vida pelo idoso. Trata-se do conjunto de expressões verbais emitidas pelos idosos caracterizando os elementos necessários para a construção de uma vida com qualidade.

Dimensão física. Expressões verbais emitidas pelos sujeitos idosos que indicam a importância da saúde, ausência de doença, bem estar físico com o estabelecimento da qualidade de vida.

“(...) Ter saúde é claro também é importante” (S6P26).

Dimensão psicológica. Trata-se das expressões verbais que os participantes idosos emitiram relacionando os aspectos psicológicos, emocionais, cognitivos e estados de humor ao estabelecimento de uma vida com qualidade.

“(...) O meu jeito de ser, o meu estado psicológico e emocional, ele exige de mim que eu passeie e faça o que eu gosto (...)” (S1P1).

Dimensão religiosa. São as expressões dos idosos relacionando a fé, a religiosidade e a espiritualidade com o estabelecimento da qualidade de vida.

“Eu sou católica e acho que a religião influencia muito para você se basear no seu dia a dia de vida” (S4P20).

Dimensão funcional. Relatos verbais dos idosos participantes que indicam o grau de autonomia, de liberdade, de independência, de capacidade para trabalho ou capacidade de dirigir ou agir sobre sua vida como fatores importantes para qualidade de vida.

“Que tenha possibilidade e disposição de fazer as coisas, que depois dos sessenta a gente fica mais limitado, né? (...) Uso aparelho nos dois ouvidos, mas o aparelho não deixa atrapalhar muito” (S9P41).

Dimensão financeira. Manifestações verbais dos participantes idosos, relacionando o aspecto financeiro com qualidade de vida.

“Eu tenho impressão que é a condição econômica porque a gente quer ter uma vida mais, um salário mais liberto, né?” (S1P3).

Dimensão social. Expressões verbais dos idosos que relacionam a participação social, as atividades comunitárias, as amizades, a prática de atividades esportivas, as festas ou eventos sociais em geral com a construção da qualidade de vida.

“Amigos, eu prezo muito meus amigos, então tudo isso, (...) o ambiente onde a gente convive.” (S8P36).

Dimensão familiar. São os relatos dos idosos que indicam as atitudes e os comportamentos realizados por seus familiares que favorecem o estabelecimento de sua qualidade de vida no momento atual.

Incentivo. Estimulação e incentivo por parte dos familiares.

“Incentivo, meu marido e principalmente meus filhos pra fazer aquilo que realmente gosto de fazer” (S8P36).

Assistência nas atividades diárias. Atitudes de auxílio e contribuição dos familiares na realização das atividades diárias presentes na vida do idoso.

“(...) agora mesmo minha filha, ela tem uma loja, mas ela largou lá pra me levar porque meu marido vai ao médico (...) ela deixou uma reunião eu digo não filha então eu vou ligar para o M.T. (...) então e ela diz ‘não eu to pertinho aqui eu começo a reunião depois mas eu vou levar a senhora primeiro’ Então isso é prazeroso (...) te dá auto estima” (S10P46).

Apoio. Oferecimento dos familiares de suporte emocional e apoio moral ao idoso.

“De uma forma global, todos eles, eles me apóiam muito. Eu tenho apoio total, quando foi para mim entrar na universidade eu tive apoio total, muitas vezes eu tive vontade de esmorecer e por causa da minha família não desisti, então é um apoio total.” (S8P36).

Presença. Presença física do familiar contribuindo no estabelecimento da qualidade de vida do idoso.

“São muito presentes, então eu não vejo nada ao contrário, eu só tenho é a presença deles.” (SF4P36).

Aceitação. Manifestações dos familiares de admiração, compreensão, respeito e aceitação em relação as escolhas dos idosos.

“Eles até admiram, né? (...) Talvez eu ser um pouco ousada, e eles admiram eu tenho uma sobrinha que fala, eles admiram porque eu busco sempre, né?” (S3P17).

Carinho. Manifestações de atenção e carinho por parte de seus familiares.

“Os filhos são maravilhosos. Maravilhosos, os netos é de falar assim ‘vovó eu já te falei hoje que eu te amo? Vovó eu vou aí para sua casa que eu estou com saudade de você. Vovó...’ Então isso eu nem preciso ter outras pessoas pra me relacionar, só neto eu tenho dez. As noras eu me dou muito bem, agora mesmo saiu uma lá de casa porque almoçou lá (...)” (S10P45).

Expectativa em relação ao papel familiar. Expressões verbais emitidas pelos idosos que descrevem atitudes e comportamentos que eles esperam ou desejam que seus familiares tenham e que uma vez existentes contribuiriam para o estabelecimento de sua qualidade de vida.

Presença. Desejo de que exista mais contato com os familiares seja físico ou por outros meios (telefone, internet).

“Talvez me visitasse mais, mas eu desculpo porque eles não tem tempo, né? (...) mas talvez eu sinta falta da visita das pessoas” (S3p8)

Ajuda nos afazeres domésticos. Desejo dos idosos de que seus familiares ajudassem nos afazeres domésticos.

“Eu acho que (risos) se me poupasse mais um pouquinho do trabalho de casa, até que meu marido nesse fato não me explora, (...) Mas se me ajudasse em casa, me ajudasse colaborando, agora meu filho é um desastre num ajuda nem poupa em nada mesmo” (S4P20).

Contribuição financeira. Fala dos idosos que indicam que a contribuição financeira dos familiares poderia melhorar sua qualidade de vida.

“O que eu ganho não permite eu ficar passeando e saindo porque sou viúva, sozinha, meu salário não permite eu ficar, tenho que pagar as despesas da casa. Não elas não ajudam não porque uma tava desempregada agora que começou a trabalhar...” (S2P12).

Aceitação. Expectativa de maior compreensão e admiração por seu modo de ser por parte de seus familiares.

“Então ele quer que eu seja assim e eu não sou, aí vem os conflitos e as lutas” (S1P2).

Abertura para Comunicação. Fala dos idosos que revela o desejo de uma melhora na comunicação entre os familiares.

“Esses dias me esconderam uma coisa e eu fiquei tiririca da vida (...) Como avó e mãe eu tenho que saber das coisas que acontecem com meus entes queridos” (S15P66).

Confiança. Falas dos idosos que representam a expectativa da família ter mais confiança nas decisões e atitudes tomadas por eles.

“Eles não querem que eu dirija, eles não querem que eu pegue ônibus de maneira nenhuma, uma vez eu caí porque é muito alto... Mas é para me preservar, mas se preocupam demais (...) mãe cuidado mãe (...) teriam que confiar mais” (S10P46).

Mudanças na dinâmica familiar. Expressões emitidas pelos idosos que se referem às principais mudanças ocorridas na família no estágio tardio de vida.

Distanciamento entre os membros. O afastamento entre os membros percebido como uma mudança marcante nos últimos anos.

“Um distanciamento, a pessoa se afasta, eu e meus irmãos encontrava mais (...) encontrava mais um com o outro...” (S2P12).

Queda no padrão de vida. A queda no padrão de vida indicada como uma mudança importante ocorrida nos últimos anos.

“Bom, na minha família aconteceu muita coisa importante, por exemplo, eu era uma pessoa que tinha o meu carro, eu tinha um padrão muito mais alto do que eu tenho hoje, eu hoje estou quase que como dependendo, bom não é bem dependendo mas o que eu conto certo é com meu salarinho de aposentada” (S13P58).

Amadurecimento e compreensão. Falas dos idosos que indicam que uma das principais mudanças ocorridas recentemente entre os familiares foi o amadurecimento dos membros e maior compreensão entre eles alcançada com o tempo.

“Eu acredito que seja o amadurecimento de todos, por que cada um vai ficando dentro da sua, já vai se encaixando mais as coisas, então a família vai amadurecendo e crescendo mais ainda.” (S8P37).

Perda do poder e autonomia do idoso. Revelação da perda do poder e autonomia do idoso como uma mudança marcante.

“De repente a gente acha que num... que vai perdendo a voz e a vez, né?” (S13P59).

Falecimento dos entes queridos. A morte de parentes próximos sentida pelos idosos como uma das principais mudanças ocorridas na família nos últimos anos.

“Tivemos algumas perdas, né? A minha mãe, o meu esposo e um netinho... Assim de familiares já tivemos várias perdas mesmo” (S12P54).

Conflitos conjugais. Presença de conflitos conjugais em razão da velhice e de formas diferentes de se vivenciá-la.

“Ficou mais difícil porque ele quer me dominar, como ele é muito caseiro ele quer que eu seja também. Então eu dano e vou, sabe? Eu tenho observado a maioria dos homens não gosta de envelhecer, então esse é um fator, ele acha ruim esta com 66 anos, se fecha.” (S1P2).

Comunicação na família. Categoria que descreve como se dá o processo de comunicação entre os familiares segundo a perspectiva dos idosos.

Comunicação Boa. Indicadores de boa comunicação entre os familiares, havendo entendimento entre os membros.

“A gente faz um culto, lê as mensagens e conversa, é um jeito da gente conversar e se unir para não perder esse vínculo e está sempre unido” (S12P55).

Comunicação Ruim. Indicação de comunicação dificultada entre os membros, não favorecendo o entendimento entre os familiares.

“Não somos muito de diálogo, (...) eu acho que isso me ajudaria muito se conversasse mais, a maneira como conversar, a maneira de como chegar na pessoa...” (S4P20).

Preocupações na família. Relatos verbais dos idosos que indicam as principais fontes de preocupação e os problemas familiares existentes atualmente.

Desemprego dos filhos. Falas dos idosos que revelam que o desemprego dos filhos é a principal fonte de preocupação do momento atual.

“A parte do serviço preocupa a gente porque a gente quer ver os filhos da gente bem, encaminhados” (S1P2).

Alcoolismo de um membro da família. Falas dos idosos que descrevem o alcoolismo de um membro da família como um dos principais fatores de preocupação atual.

“O único probleminha que às vezes a gente tem lá e que tem um que bebe... porque ele fica inconveniente, é uma pessoa até legal, mas eu vou te contar, tem esse problema (...) o que não sabe beber causa um transtorno” (S12P55).

Problemas de saúde de um membro da família. Expressões verbais dos idosos que indicam como fonte de preocupação a existência de problemas de saúde de um membro da família.

“Eu sou a décima primeira na ordem decrescente dos doze e aí os outros estão mais velhos, estão ficando limitados de doença, né? Precisa de mais atenção e cuidado” (S9P41).

Problemas relacionais entre os membros. Falas dos idosos que revelam os problemas de relacionamento entre os membros da família como as principais fontes de preocupações nesse momento.

“O conflito que teve foi quando a minha filha mais velha tava com dezesseis anos de casada e pegou o marido dela com outra e teve que tomar uma atitude (...)” (S12P47).

Formas de contato. Expressões dos idosos que caracterizam as principais formas de contato entre eles e seus familiares

Telefone. Utilização do telefone como principal forma de contato entre os idosos e seus familiares.

“Qualquer hora do dia, da noite, todo dia eles ligam para mim” (S11P50).

Internet. Utilização da internet como meio de comunicação entre os idosos e seus familiares.

“Eu tenho quatro que moram nos Estados Unidos (...) Eu tenho contato com ela diário pela internet” (S8P36).

Pessoalmente. Falas dos idosos que indicam que a principal forma de contato com os outros membros da família é pessoalmente.

“(...) Vão quase todos tomar café comigo, almoçar comigo” (S12P54).

A análise qualitativa também foi realizada nas entrevistas semiestruturadas com os familiares dos idosos. A Tabela 2 apresenta as categorias e subcategorias que emergiram nesta análise.

Tabela 2

Frequência de Categorias e Subcategorias Temáticas dos Familiares dos Idosos Submetidos à Avaliação de Qualidade de Vida (N=20)

<i>Categorias e Subcategorias</i>		<i>F</i>	<i>F (%)</i>	<i>F (%) por</i>
		<i>Geral</i>	<i>Geral</i>	<i>Categoria</i>
1.	Avaliação da Qualidade de Vida pelo Familiar	192	60,57	100
1.1.	Dimensão Física	20	6,31	10,42
1.2.	Dimensão Psicológica	22	6,94	11,46
1.3.	Dimensão Religiosa	3	0,95	1,56
1.4.	Dimensão Funcional	14	4,42	7,29
1.5.	Dimensão Financeira	2	0,63	1,04
1.6.	Dimensão Social	14	4,42	7,29
1.7.	Dimensão Familiar	117	36,91	100
1.7.1	Dimensão Familiar Incentivo	23	7,26	19,66
1.7.2.	Dimensão Familiar Assistência nas atividades Diárias	15	4,73	12,82
1.7.3.	Dimensão Familiar Apoio	42	13,25	35,90
1.7.4	Dimensão Familiar Presença	22	6,94	18,80
1.7.5	Dimensão Familiar Diálogo entre os membros	11	3,47	9,40
1.7.6.	Dimensão Familiar Segurança	4	1,26	3,42

Tabela 2 (continuação)

<i>Categorias e Subcategorias</i>	<i>F</i> <i>Geral</i>	<i>F (%)</i> <i>Geral</i>	<i>F (%) por</i> <i>Categoria</i>
2.0. Expectativa em Relação ao Papel Familiar	81	25,55	100
2.1. Presença	18	5,68	22,22
2.2. Ajuda nos Afazeres domésticos	5	1,58	6,17
2.3. Contribuição Financeira	5	1,58	6,17
2.4. Aceitação	17	5,36	20,99
2.5. Abertura para Comunicação	9	2,84	11,11
2.6. Incentivo	4	1,26	4,94
2.7. Paciência	8	2,52	10
2.8 Harmonia	15	4,73	18,52
3.0. Mudanças na Dinâmica Familiar	44	13,88	100
3.1. Distanciamento entre os membros	5	1,58	11,36
3.2. Queda no Padrão de vida	2	0,63	4,55
3.3. Amadurecimento e Compreensão	8	2,52	18,18
3.4. Dificuldades na Comunicação	6	1,89	13,64
3.5. Alterações na Estrutura Familiar	18	5,68	40,91
3.6. Problemas de Saúde	5	1,58	11,36
4.0. Comunicação na Família	20	6,31	100
4.1. Comunicação Boa	16	5,05	80,00
4.1. Comunicação Ruim	4	1,26	20,00
5.0. Dificuldades na relação com os idosos	35	11,04	100
5.1. Comunicação	7	2,21	20,00
5.2. Carência e Insatisfação	7	2,21	20,00
5.3. Carinho	2	0,63	5,71
5.4. Conflito entre Gerações	11	3,47	31,43
5.5. Teimosia	8	2,52	22,86
Total	317	100	

A junção dos eixos temáticos relacionados à qualidade de vida retirada das entrevistas dos familiares dos idosos possibilitou que fossem formadas cinco categorias temáticas, a saber: *avaliação da qualidade de vida do idoso pelo familiar, expectativa em relação ao papel familiar na construção da qualidade de vida, mudanças na dinâmica familiar, comunicação na família, dificuldades no relacionamento com o membro idoso.*

A frequência percentual apresentada na Tabela 9 também foi calculada baseando-se no número total de trechos do discurso dos participantes, no caso dos familiares, que foram 317 unidades de análise, e não no número de participantes entrevistados (N = 20). Algumas categorias também foram desmembradas em subcategorias para uma melhor apreciação dos resultados.

A partir da análise de conteúdo das entrevistas com os familiares dos idosos, percebe-se que a categoria *avaliação da qualidade de vida* do idoso pelo familiar, também apresenta um total de 7 subcategorias, com a subdivisão da *dimensão familiar* em outras seis subcategorias. Das subcategorias obtidas na *avaliação da qualidade de vida* do idoso pelo familiar, a *dimensão familiar* também foi a que apresentou um maior número de unidades de análise, apresentado uma soma de 117 unidades correspondentes a 36,91% do total.

As subcategorias formadas a partir da *dimensão familiar* foram: *incentivo*, *assistência nas atividades*, *apoio*, *presença*, *diálogo entre os membros* e *segurança*. Destas as subcategorias, *apoio*, com 42 unidades representando 35,90%, e *incentivo*, com 23 unidades ou 19,66% das unidades analisadas na categoria, foram as de maior frequência.

Em relação à *expectativa do papel familiar*, a subcategoria *presença* foi a que apresentou mais unidades de análise (18 unidades) que corresponde a 22,22% do total da categoria, seguida pela subcategoria *aceitação*, com 20,99% (17 unidades). Também apresentaram um número significativo de unidades desta categoria as expectativas ligadas à *harmonia*, com 18,53% do total da categoria (15 unidades), e *abertura para comunicação*, com percentual de 11,11% (9 unidades).

As mudanças na dinâmica familiar mais frequentemente sentidas pelos familiares foram respectivamente: *alterações na estrutura familiar*, com 40,91% (18 unidades), *amadurecimento e compreensão*, com 18,18% (8 unidades) e *dificuldades na comunicação*, com 6 unidades de análise que representa 13,64% unidades analisadas.

Quanto à *comunicação na família*, a subcategoria *comunicação boa* foi a que apresentou um maior número de unidades sendo constituída por 16 unidades ou 80% da frequência total da categoria.

As entrevistas semiestruturadas com os familiares dos idosos produziram uma categoria referente às *dificuldades no relacionamento com o idoso*. Ela foi apresentada em 35

unidades de análise, correspondendo a 11,04% do total geral de categorias. Nesse aspecto, a subcategoria *conflito de gerações* a de maior frequência: 11 unidades de análise apresentando o percentual de 31,43% da categoria.

A subcategoria *teimosia* foi a segunda em número de unidades extraídas, registrando 8 unidades de análise ou 22,86% do percentual da categoria.

As descrições das categorias e subcategorias temáticas retiradas das entrevistas semiestruturadas realizadas com os familiares estão descritas abaixo acompanhadas por um exemplo de unidade de análise extraída das entrevistas. Após cada exemplo apresentado para ilustrar as categorias e subcategorias, tem-se as informações: letras “SF” que significam sujeito familiar entrevistado seguida de um número que refere àquele sujeito, letra “P” significa página seguida do número que aponta a página em que se encontra a unidade.

Descrição das Categorias e Subcategorias Temáticas da Qualidade de Vida dos Idosos segundo os Familiares

Avaliação da qualidade de vida do idoso pelo familiar. Trata-se do conjunto de expressões verbais emitidas pelos familiares caracterizando os elementos necessários para o idoso na construção de uma vida com qualidade.

Dimensão física. Expressões verbais emitidas pelos familiares participantes que indicam a importância da saúde, ausência de doença, bem estar físico com o estabelecimento da qualidade de vida do idoso.

“Uai, eu acho que ela precisa de um como é que eu vou falar, assim de uma saúde melhor, né?” (SF2P14).

Dimensão psicológica. Trata-se das expressões verbais que os familiares participantes emitiram relacionando os aspectos psicológicos, emocionais, cognitivos e estado de humor ao estabelecimento de uma vida com qualidade.

“Bom, qualidade de vida para mim é tranquilidade e paz, poder fazer as coisas com paz de espírito” (SF19P81).

Dimensão religiosa. Expressões dos familiares que relacionam a fé, religiosidade e espiritualidade como elementos importantes para estabelecimento da qualidade de vida.

“Eu acho que são vários fatores, engloba a religião,...” (SF17P75).

Dimensão funcional. Relatos verbais dos familiares participantes que indicam o grau de autonomia, liberdade, independência, capacidade para trabalho ou a capacidade de dirigir ou agir sobre sua vida como importantes para a qualidade de vida do idoso.

“(...) Capacidade de trabalhar, pois também é fundamental pra até pra ter uma integridade com a sociedade e tudo, participar diretamente” (SF1P4).

Dimensão financeira. Manifestações verbais dos participantes familiares, relacionando o aspecto financeiro com qualidade de vida do idoso.

“Também é preciso condição financeira, né?” (SF7P34).

Dimensão social. Expressões verbais dos familiares que relacionam a participação social, atividades comunitárias, as amizades, a prática de atividades esportivas, as festas ou eventos sociais em geral com a qualidade de vida.

“Ter uma amizade, coisas para fazer...” (SF9P43).

Dimensão familiar. São os relatos dos familiares que indicam algumas atitudes emitidas por eles consideradas como auxiliares no estabelecimento da qualidade de vida do idoso.

Incentivo. Atitudes dos familiares que estimulam ou motivam o idoso na busca de qualidade de vida são importantes.

“A gente incentiva ela a buscar coisas boas para ela, se divertir, ter a sua autonomia, possibilitando que ela tenha uma vida boa.” (SF13P61).

Assistência nas atividades de vida diárias. Auxílio nas atividades dos idosos e cuidados básicos como fatores importantes na determinação da qualidade de vida.

“Eu acho que marcar médicos, levar onde ela precisa, porque ela não dirige né? Então quando ela quer fazer as visitinhas dela, os passeios que ela quer (...) eu acho que são coisas que ajudam a minha mãe a ficar mais feliz a sentir menos o peso da idade” (SF6P29).

Apoio. Atitudes de suporte emocional e apoio moral ao idoso na construção da qualidade de vida.

“A gente procura ajudar ela a ter essas coisas, porque depois do divórcio traumático a gente fica ali para não deixar a peteca cair.” (SF18P78).

Presença. Presença física dos familiares como contribuinte no estabelecimento da qualidade de vida do idoso.

“Dentre os elementos que o idoso necessita são o maior convívio da família juntos...” (SF4P23).

Diálogo entre os membros. Comunicação eficaz existente como sendo favorável ao estabelecimento da qualidade de vida do idoso.

“Assim conversando, procurando sempre ter diálogo, né?” (SF1P4).

Segurança. Falas dos familiares que revelam que suas atitudes de proteção e segurança, por meio do acompanhamento ou supervisão das atividades dos idosos, são importantes na construção da qualidade de vida.

“Tomamos um cuidado com os lugares a serem frequentados em função da possibilidade de risco para ela” (SF14P65).

Expectativas em relação ao papel familiar no estabelecimento da qualidade de vida. Consiste nas expressões verbais dadas pelos familiares de atitudes que poderiam ser realizadas e que contribuiriam na melhor qualidade de vida do idoso.

Presença. Presença dos familiares revelada como um fator importante na construção da qualidade de vida do idoso.

“Aumentar o tempo juntos, visto que a rotina semanal muito nos atrapalha” (SF4P23).

Ajuda nos afazeres domésticos. Oferecimento de ajuda afazeres domésticos como condição para melhor qualidade de vida de seus parentes idosos.

“Eu acho que cuidar da casa, porque ela reclama muito de ter que cuidar da casa, assim ajudava mais ela” (SF2P14).

Contribuição financeira. Ajuda financeira dos familiares oferecida aos idosos poderia contribuir na melhora da qualidade de vida.

“Ajudando financeiramente” (SF12P56).

Aceitação. Falas dos familiares que revelam que, se eles disponibilizassem mais compreensão e aceitação nas decisões que os idosos tomam, esses teriam mais qualidade de vida.

“Compreender e apoiar as escolhas dela, afinal é um desejo que só diz respeito a ela, não é verdade?” (SF3P19).

Abertura para comunicação. Melhora da comunicação entre os familiares para uma consequente melhoria da qualidade de vida.

“Talvez teríamos que ouvir mais o que ela quer” (SF11P52).

Incentivo. Estimulação e incentivo por parte dos familiares seriam importantes no estabelecimento da qualidade de vida dos idosos.

“Penso que poderíamos incentivar a prática de esportes, cursos de habilidades manuais e incentivar o convívio com grupos afins” (SF10P48).

Paciência. Manifestações verbais dos familiares indicando a necessidade de mais paciência com os idosos para melhoria da qualidade de vida.

“Acho que se eu fosse mais paciente (...) Para escutar e para falar também porque eu sou um pouco impaciente” (SF2P14).

Harmonia. Estabelecimento de um clima harmonioso entre os membros para contribuir na qualidade de vida do idoso.

“Precisa de harmonia entre os familiares, se a gente tiver bem feliz aí ela fica também” (SF11P69).

Mudanças na dinâmica familiar. Expressões dos familiares referentes as principais mudanças ocorridas na família no estágio tardio de vida.

Distanciamento entre os membros. O afastamento entre os membros da família tido pelos familiares como uma mudança marcante dos últimos anos.

“Eu acho que o contato entre os familiares diminuiu muito, as relações demonstraram ter uma diminuição na frequência de contato, em decorrência das ocupações de cada familiar, a vida corrida, cada um para um lado” (SF4P23).

Queda no padrão de vida. Expressões dos familiares que revelam a queda no padrão de vida como uma mudança importante ocorrida nos últimos anos

“O meu marido perdeu o emprego e a gente passou por dificuldades...” (SF6P29).

Amadurecimento e compreensão. Falas dos familiares que indicam, como uma das principais mudanças ocorridas recentemente entre os familiares, o amadurecimento dos membros e maior compreensão entre eles alcançada com o tempo.

“A gente com certeza ficou mais unido, fala mais o que sente o que pretende fazer, isso foi uma mudança que aconteceu...” (S17P75).

Dificuldades na comunicação. Falas dos familiares que indicam que a comunicação apresentou uma mudança considerável nos últimos anos.

“Aconteceu dificuldade de diálogo” (SF14P65).

Alterações na estrutura familiar. As principais mudanças relacionam-se com alterações na estrutura da família, nascimentos, mudanças de cidade e casamentos.

“Eu acho que está mudando, acho que a vinda dos filhos, dos netos, né? Isso faz a casa mais cheia” (SF16P71).

Problemas de saúde. Existência de um maior número de problemas de saúde na família nos últimos anos.

“Eu acho que minha família ficou mais assim com problema, começam a ter mais doenças...” (SF11P52).

Comunicação na família. Categoria que descreve segundo a percepção dos familiares de como se dá o processo de comunicação entre os familiares

Comunicação boa. Expressões dos familiares que indicam que há uma boa comunicação, havendo entendimento entre os membros.

“A gente fala sempre o que pensa mesmo, tem espaço para conversar, sim” (SF7P34).

Comunicação Ruim. Expressões dos familiares que revelam uma comunicação falha, não favorecendo o entendimento entre os familiares.

“Ah! Nada, a gente é muito fechado e assim tem muita dificuldade de ouvir o outro, nunca fomos de falar, não” (SF9P43).

Dificuldades no relacionamento com o membro idoso. Falas dos familiares que indicam quais são as características que dificultam o relacionamento com o membro idoso.

Comunicação. Expressões dos familiares participantes que revelam que o entendimento entre o familiar e o idoso é dificultado devido a comunicação complicada

“Eu acho que tem um afastamento um bloqueio com minha vó mesmo eu não sou de conversar muito.” (SF2P14)

Carência e insatisfação. Falas dos familiares que revelam que a carência e insatisfação constante dos idosos dificulta o relacionamento com eles.

“Nós oferecemos carinho, mas nunca é satisfatório.” (SF10P49)

Carinho. Expressões dos familiares que indicam que a ausência de carinho é um fator importante para dificultar as relações com o idoso

“Falta até mesmo carinho.” (SF5P26).

Conflito entre gerações. Falas dos familiares que revelam a diferença entre os valores de uma época e os atuais como sendo determinantes nas dificuldades no relacionamento com o idoso

“A modernidade é algo que dificulta as relações, para os idosos muitas vezes afligem seus princípios e que vem com muitas informações novas, causando um conflito de opiniões.” (SF8P39)

Teimosia. Falas dos familiares revelando que a teimosia ou inflexibilidade do idoso é um dos fatores que mais dificulta a relação.

“Ela é meia teimosa sim, a maior dificuldade é essa teimosia dela.” (SF1P10)

Tabela 3

Comparação da Frequência de Categorias e Subcategorias Temáticas dos Idosos e seus Familiares Submetidos à Avaliação de Qualidade de Vida (N=20)

Categorias e Subcategorias	F	F	F (%)	F (%)	F (%) por	F (%) por
	Geral Idoso	Geral Familiar	Geral Idoso	Geral Familiar	Categoria Idoso	Categoria Familiar
1. Avaliação da Qualidade de Vida	275	192	54,56	60,57	100	100
1.1. Dimensão Física	30	20	5,95	6,31	10,91	10,42
1.2. Dimensão Psicológica	33	22	6,55	6,94	12,00	11,46
1.3. Dimensão Religiosa	13	3	2,58	0,95	4,73	1,56
1.4. Dimensão Funcional	7	14	1,39	4,42	2,55	7,29
1.5. Dimensão Financeira	9	2	1,79	0,63	3,27	1,04
1.6. Dimensão Social	19	14	3,77	4,42	6,91	7,29
1.7. Dimensão Familiar	164	117	32,54	36,91	100	100
1.7.1. Dimensão Familiar Incentivo	23	23	4,56	7,26	14,02	19,66
1.7.2. Dimensão Familiar Assistência nas atividades Diárias	16	15	3,17	4,73	9,76	12,82
1.7.3. Dimensão Familiar Apoio	41	42	8,13	13,25	25,00	35,90
1.7.4. Dimensão Familiar Presença	16	22	3,17	6,94	9,76	18,80
1.7.5. Dimensão Familiar Aceitação	37	-	7,34	-	22,56	-
1.7.6. Dimensão Familiar Carinho	31	-	6,15	-	18,90	-
1.7.5. Dimensão Familiar Diálogo entre os membros	-	11	-	3,47	-	9,40
1.7.6. Dimensão Familiar Segurança	-	4	-	1,26	-	3,42
2.0. Expectativa em Relação ao Papel Familiar	82	81	16,27	25,55	100	100

Tabela 3 (continuação)						
Categorias e Subcategorias	F	F	F (%)	F (%)	F (%) por	F (%) por
	Geral	Geral	Geral	Geral	Categoria	Categoria
	Idoso	Familiar	Idoso	Familiar	Idoso	Familiar
2.1. Presença	13	18	2,58	5,68	15,85	22,22
2.2. Ajuda nos Afazeres domésticos	13	5	2,58	1,58	15,85	6,17
2.3. Contribuição Financeira	6	5	1,19	1,58	7,32	6,17
2.4. Aceitação	22	17	4,37	5,36	26,83	20,99
2.5. Abertura para Comunicação	11	9	2,18	2,84	13,41	11,11
2.6. Confiança	17	-	3,37	-	20,73	-
2.6. Incentivo	-	4	-	1,26	-	4,94
2.7. Paciência	-	8	-	2,52	-	10
2.8 Harmonia	-	15	-	4,73	-	18,52
3.0. Mudanças na Dinâmica Familiar	51	44	10,12	13,88	100	100
3.1. Distanciamento entre os membros	6	5	1,19	1,58	11,76	11,76
3.2. Queda no Padrão de vida	8	2	1,59	0,63	15,69	4,55
3.3. Amadurecimento e Compreensão	9	8	1,79	2,52	17,65	18,18
3.4. Perda do Poder e Autonomia	7	-	1,39	-	13,73	-
3.5. Falecimento de Entes Queridos	12	-	2,38	-	23,53	-
3.6. Conflitos Conjugais	9	-	1,79	-	17,65	-
3.4. Dificuldades na Comunicação	9	6	-	1,89	17,65	13,64
3.5. Alterações na Estrutura Familiar	-	18	-	5,68	-	40,91
3.6. Problemas de Saúde	-	5	-	1,58	-	11,36
4.0. Comunicação na Família	29	20	5,75	6,31	100	100
4.1. Comunicação Boa	18	16	3,57	5,05	62,07	80,00
4.1. Comunicação Ruim	11	4	2,18	1,26	37,93	20,00

A Tabela 3 estabelece a comparação entre a frequência de resposta dos idosos e a dos familiares. Pode-se notar que em ambos os grupos a categoria *avaliação da qualidade de vida* teve como subcategoria de maior frequência a *dimensão familiar* apresentando altos percentuais, sendo que, para o grupo dos idosos, obteve 32,64% do total geral dos idosos e 36,92% do total geral dos familiares.

As subcategorias da *dimensão familiar: assistência nas atividades diárias, apoio e presença* estiveram presentes tanto no grupo dos idosos quanto no grupo dos familiares. Contudo, dentro dessa categoria, foram apresentadas pelos idosos duas categorias significativas: *aceitação*, correspondente a 22,56% do percentual da categoria, a segunda em unidades, e *carinho* com 18,90%. Tais subcategorias não emergiram no grupo dos familiares,

que se diferenciou por estabelecer como subcategorias: *diálogo entre os membros* (9,40%) e *segurança* (3,42%).

Sobre a categoria *expectativa em relação ao papel familiar*, dois grupos apresentaram altos percentuais de unidades para as subcategorias: *aceitação e presença*. O grupo dos idosos também demonstrou possuir expectativa de *confiança* por parte de seus familiares e o grupo familiar apresentou subcategorias como: *incentivo, paciência e harmonia*, que não emergiram nas entrevistas dos idosos.

Outra categoria que surgiu nos dois grupos referia-se às principais mudanças familiares sentidas nos últimos anos. Observa-se, na Tabela 10, que tanto os idosos quanto os familiares perceberam maior *amadurecimento e compreensão* entre os familiares. Essa subcategoria obteve altos percentuais: 17,65% para os idosos e 18,18% para os familiares.

Também foram coincidentes entre os grupos subcategorias de *distanciamento entre os membros* e *queda no padrão de vida*. Entretanto, o grupo dos idosos demonstrou possuir uma percepção voltada para *falecimento de entes queridos*, subcategoria que apresentou 23,53% de unidades analisadas. Eles também apresentaram subcategorias que indicaram como mudanças sentidas a *perda do poder e autonomia* e os *conflitos conjugais*. As *dificuldades na comunicação e alterações na estrutura familiar* foram subcategorias que surgiram somente no discurso dos familiares.

A respeito da categoria *comunicação*, a frequência de respostas foi semelhante entre os grupos dos idosos e dos familiares, sendo que foi revelado um maior número de unidades para a *comunicação boa*, sendo 62,07% no grupo dos idosos e 80% no grupo dos familiares.

Discussão

A noção de desenvolvimento de acordo com os preceitos ecológicos é definida como sendo a capacidade do indivíduo de remodelar a realidade de acordo com os requerimentos e

aspirações humanas. Em outras palavras, é a capacidade da pessoa de descobrir, sustentar ou alterar as suas propriedades (Bronfenbrenner, 1996).

Dentro desta concepção, o idoso pode desenvolver a capacidade de remodelar sua realidade de acordo com as suas aspirações. Mesmo que a realidade da idade avançada destaque-se por perdas, persiste a possibilidade de crescimento psicológico, ou de desenvolvimento. O ser humano, independentemente da idade, pode atualizar suas potencialidades e se desenvolver numa direção construtiva e positiva.

A vivência de uma velhice com qualidade pressupõe o crescimento psicológico do indivíduo, ou a continuidade de seu desenvolvimento humano. A observação do desenvolvimento do idoso deu-se por meio da teoria das interconexões ambientais e seu impacto sobre as forças que afetam o crescimento psicológico. Foi considerado o ambiente primário ou microssistema – sistema imediato da pessoa em desenvolvimento – no impacto do desenvolvimento do idoso na direção de atualização de potencialidades com qualidade de vida.

O impacto do microssistema na construção da qualidade de vida do idoso pode ser percebido pela quantidade alta de unidades de análise registradas na subcategoria: *Dimensão Familiar*, parte constituinte da categoria *avaliação da qualidade de vida pelo idoso*. Outras dimensões receberam menos unidades. A *dimensão psicológica* apresentou um número de categorias que a posicionou em segundo lugar, seguida pela *dimensão física*.

O maior número de citações envolvendo a família como dimensão importante na edificação da qualidade de vida do idoso foi recorrente na análise do discurso dos familiares, revelando que ambos, tanto a família quanto os idosos, percebem as relações familiares com lugar de destaque na construção da qualidade de vida.

A pesquisa demonstrou que, segundo a percepção dos próprios idosos, um dos obstáculos mais comuns presentes no ambiente imediato, ou microssistema, e que dificultam

o desenvolvimento saudável e com qualidade do idoso, foi a não atualização ou aceitação de mudanças.

Tal fato pode ser ilustrado pela categoria *expectativa em relação ao papel familiar*. Nela, as subcategorias mais citadas foram, em ordem de importância, *aceitação, confiança, presença e ajuda nos afazeres domésticos*. Destarte, identifica-se que a expectativa do idoso em relação a sua família para que essa contribua com sua qualidade de vida envolve principalmente a aceitação das mudanças ocorridas com a idade, confiando no seu potencial mesmo diante das modificações ocorridas.

De acordo com as categorias analisadas, os familiares demonstraram entender a necessidade de maior presença e de proporcionar mais harmonia e abertura para a comunicação nas relações familiares. Desta maneira, estariam favorecendo os idosos a se sentirem mais confortáveis.

Além disso, os familiares, assim como os idosos, também identificaram atitudes de aceitação do momento como um elemento fundamental para a qualidade de vida do idoso. Evidencia-se que aceitar o envelhecimento como um processo que requer outras posturas e não negá-lo ou enxergá-lo como algo negativo é uma atitude importante para apropriação pelas famílias.

As mudanças ocorridas no microsistema foram avaliadas de modo diferente entre idosos e familiares nesse momento do ciclo vital. Os idosos parecem sentir muito a perda dos entes queridos. O confronto com a morte, embora não seja condição exclusiva da velhice, torna-se mais presente. A perspectiva do “fim” é potencializada pela perda do cônjuge e amigos contemporâneos (Rodrigues, 2008).

Já os familiares deram um enfoque mais amplo para as mudanças relacionadas com as alterações da estrutura familiar, as transações ecológicas. Essas alterações estariam representadas pelos casamentos, pelas mudanças de cidade e pelos nascimentos. A

reorganização do posicionamento de cada geração, exigido nesse momento da vida, pode explicar em parte essas diferentes formas de percepção das mudanças. A tarefa da geração dos mais velhos seria lidar com as perdas, fazendo uma revisão e integração na própria vida, enquanto a geração dos cuidadores possui como tarefa apoiar as novas gerações, abrir espaço para o relacionamento com os filhos adultos, permitir um realinhamento dos relacionamentos para incluir parentes por afinidade e netos e, claro, cuidar da geração mais velha (Carter & McGoldrick, 2001).

Essas alterações no funcionamento familiar e nas tarefas de cada geração estão igualmente envolvidas com outro fator de mudança sentido pelo idoso, a *perda do poder e autonomia*. Sabe-se que houve uma metamorfose nas relações familiares e de poder entre as gerações. Essa transformação remodelou a posição dos mais idosos, que antes detinham um monopólio das decisões. Os novos arranjos familiares passaram a ocupar o lugar da família patriarcal, conforme expõe Giddens (2003, citado por Rodrigues, 2008). As mudanças mais importantes nos relacionamentos humanos são as do âmbito pessoal, que compreendem a sexualidade, o casamento e a família (Rodrigues, 2008).

A qualidade dos vínculos das pessoas inseridas no microssistema afeta de maneira direta a qualidade de vida dos idosos. A categoria *preocupação atual* demonstrou que, para os idosos, a principal fonte de suas preocupações está ligada aos problemas familiares. É interessante notar que a subcategoria descrita como *problemas relacionais entre os membros da família* foi a que apresentou maior número de unidades quando os idosos descreveram o que lhes incomodava e criava entraves para sua qualidade de vida.

A importância em considerar os sistemas funcionais que permeiam o indivíduo vem, entre outras coisas, do ensejo de visualização dos obstáculos e oportunidades ambientais que possibilitem aos seres humanos responder construtivamente ao meio ecologicamente compatível (Bronfenbrenner, 1996). Assim, percebe-se que os problemas presentes no

microsistema, representados pelos conflitos no relacionamento entre os membros e pelos problemas de saúde de um dos membros, tornam-se obstáculos para a resposta construtiva do idoso em direção a um envelhecimento saudável.

Segundo o modelo de Bronfenbrenner (1996), o ambiente ecológico abrange muito além da situação imediata que afeta a pessoa em desenvolvimento. Incluindo também os sistemas funcionais que permeiam este indivíduo, ou seja, outros sistemas interferem no desenvolvimento tanto quanto sistemas mais amplos. O desemprego dos filhos avaliado como uma via de preocupação para os idosos exemplifica a influência de um sistema que, mesmo não sendo imediato, faz-se presente no desenvolvimento da qualidade de vida do idoso.

Os idosos entrevistados revelaram possuir um contato frequente com seus familiares. O contato ocorre geralmente por meio de visitas e pelo telefone. A internet também foi citada como ferramenta para contato com os familiares pelos idosos que residiam distantes da maioria de seus parentes. Tal resultado está em concordância com os dados apresentados na pesquisa patrocinada pela Fundação Perseu Abramo denominada Idosos no Brasil - Vivências, Desafios e Expectativas na 3ª idade (2003), onde foi revelado que a metade da população adulta brasileira recebe visita da família ao menos uma vez por semana. Segundo a pesquisa, a regularidade de vistas e frequência dessas é maior entre idosos do que não idosos.

A comunicação foi avaliada como eficaz pela maior parte dos idosos, fato que se repetiu na avaliação dos familiares, indicando que a amostra estudada percebe-se como possuidora de um nível de comunicação familiar positivo. Apesar desta autoavaliação e do fato de muitas categorias apresentarem igual peso de importância pelos idosos e familiares, não se pode deixar de destacar a presença de algumas diferenças significativas no que tange as expectativas de atitudes e comportamentos.

Nota-se que a maior parte dos familiares acredita que os idosos gostariam que eles fossem mais presentes e possibilitassem um ambiente mais harmônico e atitudes pacientes.

Contudo, a paciência e o incentivo não foram categorias presentes nas expectativas dos idosos. O fato dos idosos esperarem ainda mais confiança, ajuda financeira e contribuição nos afazeres domésticos demonstra que existe uma certa dificuldade de percepção do outro, visto que a frequência de unidades destas categorias para os familiares, quando elas surgiram, foi bem menos expressiva do que dos idosos.

Os familiares, apesar de terem descrito a comunicação como sendo boa, de maneira geral, identificaram-na como uma das dificuldades ao lidar com o idoso, sendo a teimosia e o conflito de gerações, as subcategorias que mais se destacaram. Isso evidencia falha no processo de comunicação.

Como já visto, o sistema imediato da pessoa em desenvolvimento é conhecido como microsistema. Nele, são consideradas as conexões entre as pessoas presentes no ambiente, a natureza do vínculo entre elas e a sua influência indireta sobre a pessoa em desenvolvimento, por meio dos efeitos daqueles que interagem com ela em primeira mão.

Neste trabalho, procurou-se entender a influência do microsistema familiar na construção do desenvolvimento saudável do idoso, investigando como os membros da família contribuem no desenvolvimento com qualidade de vida.

Percebe-se que a influência do microsistema familiar tem uma relação extensa de influência na qualidade de vida do idoso. As conexões entre os familiares apresentam um grande impacto no desenvolvimento do idoso.

Com o fim de que o idoso tenha um caminho livre em direção ao desenvolvimento saudável, a velhice deve ser aceita pelas famílias como sendo uma fase natural e passível de apresentar qualidade de vida. A negação da velhice no microsistema pode estar simplesmente repetindo um padrão de comportamento (macrossômico) e contribuindo para a manutenção de uma estrutura de pensamento social em que envelhecer é considerado um castigo e,

paradoxalmente, persiste de maneira cada vez mais sofisticada a corrida para o aumento na expectativa de vida.

A negação da velhice ou o foco apenas em seus aspectos negativos leva a crer que os indivíduos parecem tentar evitar o inevitável, esquecendo-se do fato que só não envelhece o organismo que não vive.

É interessante observar o destaque encontrado na presente pesquisa para a categoria *aceitação familiar*. Tal categoria foi apresentada como desejo ou como ferramenta na construção da qualidade de vida do idoso. Pois é justamente a criação de novas respostas adaptativas que permite o ajustamento bem sucedido das famílias nesse estágio da vida, com aceitação dos novos papéis geracionais, o princípio chave, segundo Carter e McGoldrick (2001), para o sucesso no desenvolvimento familiar.

Bronfenbrenner (1996) destaca que o desenvolvimento humano ocorre quando há uma mútua acomodação entre o organismo e o sistema no qual ele está inserido. Dessa maneira, o microsistema familiar, entendendo a necessidade de aceitação das mudanças sem necessariamente encará-las como negativas, pode auxiliar na transformação do sistema mais amplo, favorecendo uma modificação no macrossistema. Conseqüentemente, possibilitando que, no futuro, a consideração da velhice como sendo algo a ser evitado seja apenas uma triste lembrança. Tentar evitar perdas e mudanças é algo improdutivo, impossibilita a exploração de novas possibilidades racionais, novos significados e o processo de envelhecer com qualidade e felicidade.

Os esforços da gerontologia devem centrar-se, atualmente, em demonstrar que a velhice com qualidade não é ilusão, para que as famílias e seus membros idosos aceitem que envelhecer pode ocorrer de forma saudável. A idade avançada pode ser constituída por muitos projetos e expectativas, independentemente das modificações ocorridas. Não se deve diminuir

o respeito pela vida, que se apresenta como uma recompensa, e a vontade de desfrutar dessa recompensa até o final de modo feliz.

Considerações Finais

Numa população que envelhece velozmente como a brasileira, a qualidade de vida do idoso se torna algo não só desejável como bastante necessária. A presente pesquisa indica que é possível envelhecer com qualidade de vida principalmente quando existem recursos sociais e ambientais que favorecem a adaptação do sujeito que envelhece a realidade que o cerca.

As relações familiares se mostraram de extrema importância para construir a qualidade de vida do idoso. Assim como em outros momentos do ciclo de vida, a família pode contribuir de modo decisivo para que o indivíduo tenha uma redefinição de papéis tranqüila e com saúde.

A população estudada neste trabalho demonstrou vivenciar a velhice com muita qualidade. O fato de ser uma população que frequenta um espaço destinado aos idosos, como a universidade da terceira idade, a difere da maior parte dos idosos que muitas vezes limitam-se ao universo doméstico. Os idosos entrevistados distinguem-se justamente por estarem buscando no meio social recursos de apoio e, assim, demonstram mais preparo e meios para estarem felizes nesta faixa etária.

Do mesmo modo como não é possível separar a bailarina da dança, não é possível separar a qualidade de vida do idoso de suas relações familiares e sociais. Como o envelhecimento é um processo biopsicossocial, quanto mais as transições ecológicas do indivíduo puderem contar com o apoio das redes de suporte social e familiar, melhor essas serão realizadas, resultando em satisfação e bem estar, direito de todo ser humano em qualquer faixa etária.

Referências Bibliográficas

- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo* (5ª ed.). (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70. (Originalmente publicado em 1977).
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. (M. A. V. Veronese, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2001). *As mudanças no ciclo familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed.). (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1989).
- Costa, F. G. (2006). *A tomada de consciência e o grupo focal na transformação das representações sociais do envelhecimento: uma pesquisa de intervenção*. Recuperado em 01 jun. 2009 de http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1896
- Fundação Perseu Abramo. (2007). *Idosos no Brasil - vivências, desafios e expectativas na 3ª idade*. Recuperado em 01 de jun. 2009 de <http://www2.fpa.org.br/portal/modules/news/index.php?storytopic=1643>.
- Gonzalez Rey, F. (1997). Psicologia e saúde: desafios atuais. *Psicol. Reflex. Crit. [online]*. 10 (2), Recuperado em 01 de jun. 2009 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721997000200007&lng=en&nrm=iso.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000) Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Porto, I & Koller, S. H. (2006). A violência na família contra pessoas idosas. *Interações*, 12(6), 105-142.
- Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, R. C. L., Sampaio, R. F, Priore, S. L., Cecon, P. R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico

ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr RS*, 28(1), 27-38.

Rodrigues, J. C. B., Jr. (2008). Perspectivas sociais do processo de envelhecimento. *P@rtes*.

Retirado em 01 jun. 2009 de

<http://www.partes.com.br/terceiridade/perspectivassociais.asp>.

Sarti, C. A. (2001). A velhice na família atual. *Acta Paul Enf*, 14(2), 91-96.

Teixeira, P. (2006). Envelhecendo Passo a Passo. *Psicologia.com.pt – O Portal dos*

Psicólogos. Retirado em 01 jun. 2009 de

<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0283.pdf>

Anexo A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), de uma pesquisa intitulada “**Análise Ecológica da Qualidade de Vida do Idoso: Considerações sobre o Microssistema**”. Esta pesquisa está sendo desenvolvida pela psicóloga Fernanda Ribeiro Machado (CRP 3166-09), sob a orientação do Dr. Sebastião Benício da Costa Neto (CRP 1019-09). Ela é requisito de conclusão do Mestrado em Psicologia da Universidade Católica de Goiás.

O objetivo desta pesquisa é saber de que forma o idoso percebe a contribuição ou não de suas famílias no estabelecimento de sua qualidade de vida. Para isso, será necessário conhecer como você tem passado ultimamente em diversas áreas de sua vida: como está sua saúde, as relações na família, as suas condições emocionais etc. Também será importante conhecer alguns aspectos de seu relacionamento familiar neste momento.

A pesquisa se realizará por meio da aplicação de questionários que deverão ser preenchidos e, ainda, por meio de uma entrevista (gravada em áudio) sendo que em nenhuma dessas formas existem respostas certas ou erradas. A entrevista será feita pela pesquisadora e nela buscaremos conhecer o que você pensa sobre os assuntos que serão abordados.

Como será uma pesquisa que investigará as relações familiares, também será solicitada a participação de um membro de sua família para responder a uma entrevista e um questionário sobre como estão as relações familiares.

A sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento durante a realização da entrevista. Você também tem a liberdade de não responder qualquer pergunta que não desejar, sem que isto interfira no serviço de assistência que você está recebendo da instituição onde foi contatado. Você não será penalizado de forma alguma.

Os dados colhidos serão utilizados unicamente no âmbito desta pesquisa. A sua identidade será mantida em sigilo. Sua participação é muito importante na realização da pesquisa para que possam ser avaliadas as características que contribuem para a construção de qualidade de vida na terceira idade, contudo você não receberá nenhum incentivo direto para aceitar participar do estudo e, como não prevemos nenhum risco pela sua participação, também não há previsão de nenhuma forma ressarcimento.

Contudo, caso haja qualquer problema em função desta pesquisa, providenciaremos para que você seja atendido (a).

Os dados desta pesquisa poderão ser publicados em revistas científicas e congressos, preservando a identidade dos participantes.

Caso existam dúvidas ou você queira se informar de mais detalhes sobre a pesquisa, a pesquisadora está à disposição a qualquer momento para responder seus questionamentos. O telefone para contato da pesquisadora (inclusive ligações a cobrar) é (62) 3259-9475. Para aceitar fazer parte do estudo, você deve assinar o final deste documento que está em duas vias, uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável.

Pesquisadora: Fernanda Ribeiro Machado
Telefone: (62) – 3259-9475

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) _____ sobre a pesquisa com o tema “Análise Ecológica da Qualidade de Vida do Idoso: Considerações sobre o microssistema” , seus objetivos, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Goiânia, ____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do sujeito: _____

Pesquisadora: Fernanda Ribeiro Machado
Telefone: (62) 3259-9475

Anexo B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), de uma pesquisa intitulada “**Análise Ecológica da Qualidade de Vida do Idoso: Considerações sobre o Microssistema**”. Esta pesquisa está sendo desenvolvida pela psicóloga Fernanda Ribeiro Machado (CRP 3166-09), sob a orientação do Dr. Sebastião Benício da Costa Neto (CRP 1019-09). Ela é requisito de conclusão do Mestrado em Psicologia da Universidade Católica de Goiás.

O objetivo desta pesquisa é saber de que forma o idoso percebe a contribuição ou não de suas famílias no estabelecimento de sua qualidade de vida. Para isso será necessário conhecer como você percebe as diversas áreas da vida do idoso: saúde, as relações na família, relações sociais, as suas condições emocionais etc. Também será importante conhecer alguns aspectos de seu relacionamento familiar neste momento.

A pesquisa se realizará por meio da aplicação de questionários que deverão ser preenchidos e por meio de uma entrevista (gravada em áudio) sendo que em nenhuma dessas formas existem respostas certas ou erradas. A entrevista será feita pela pesquisadora e nela buscaremos conhecer o que você pensa sobre os assuntos que serão abordados.

Como será uma pesquisa que investigará as relações familiares também será solicitada a participação do idoso que da mesma forma responderá a uma entrevista e um questionário sobre os aspectos de sua vida e suas relações familiares.

A sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento durante a realização da entrevista. Você também tem a liberdade de não responder qualquer pergunta que não desejar, não sendo penalizado de forma alguma.

Os dados colhidos serão utilizados unicamente no âmbito desta pesquisa. A sua identidade será mantida em sigilo. Sua participação é muito importante na realização da

pesquisa para que possam ser avaliadas as características que contribuem para a construção de qualidade de vida na terceira idade, contudo você não receberá nenhum incentivo direto para aceitar participar do estudo e como não prevemos nenhum risco pela sua participação também não há previsão de nenhuma forma ressarcimento.

Contudo, caso haja qualquer problema em função desta pesquisa, providenciaremos para que você seja atendido (a).

Os dados desta pesquisa poderão ser publicados em revistas científicas e congressos preservando a identidade dos participantes.

Caso existam dúvidas ou você queira se informar de mais detalhes sobre a pesquisa, a pesquisadora está a disposição a qualquer momento para responder seus questionamentos, o telefone para contato da pesquisadora(inclusive ligações a cobrar) é (62) 3259-9475. Para aceitar fazer parte do estudo você deve assinar o final deste documento que está em duas vias, uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável.

Pesquisadora: Fernanda Ribeiro Machado
Telefone: (62) – 3259-9475

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) _____ sobre a pesquisa com o tema “Análise Ecológica da Qualidade de Vida do Idoso: Considerações sobre o microssistema” , seus objetivos, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Goiânia, ____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do sujeito: _____

Pesquisadora: Fernanda Ribeiro Machado
Telefone: (62) 3259-9475

Anexo C

Ficha de Características Sóciodemográficas

Nome: _____; Sexo: () F, () M

Idade: _____; Natural de: _____

Estado Civil: _____; Mora com: _____

Religião: _____; Escolaridade: _____ anos;

Nº de Filhos: _____; Idade dos Filhos: _____

Renda: Pessoal: _____

Familiar: _____

Tipo de Moradia: () Própria; () Alugada; () Outra: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Condição de Saúde : Diagnóstico: _____

Tempo: _____

Medicações: _____

É independente para atividades instrumentais? () Sim; () Não

Pratica atividades físicas regulares? () Sim; () Não

Anexo D

Questionário Circular de Percepção da Qualidade de Vida

Respondente: Familiar-Cuidador () Idoso (X)

A vida do idoso é:	Como eu (IDOSO) responderia:		Como ele (FAMILIAR) responderia:		Como ele (FAMILIAR) acha que eu (IDOSO) responderia:	
1- Saudável fisicamente	V	F	V	F	V	F
2- Saudável mentalmente	V	F	V	F	V	F
3- Satisfatória	V	F	V	F	V	F
4- Feliz	V	F	V	F	V	F
5- Realizada	V	F	V	F	V	F
6- Autônoma	V	F	V	F	V	F
7- Sociável	V	F	V	F	V	F
8- Produtiva	V	F	V	F	V	F
9- Ativa	V	F	V	F	V	F
10- Independente	V	F	V	F	V	F
11- Respeitável	V	F	V	F	V	F
12- Financeiramente independente	V	F	V	F	V	F
13- Participativa nas decisões familiares	V	F	V	F	V	F

Respondente: Familiar-Cuidador (x) Idoso ()

A vida do idoso é:	Como eu (FAMILIAR) responderia:		Como ele (IDOSO) responderia:		Como ele (IDOSO) acha que eu (FAMILIAR) responderia:	
1- Saudável fisicamente	V	F	V	F	V	F
2- Saudável mentalmente	V	F	V	F	V	F
3- Satisfatória	V	F	V	F	V	F
4- Feliz	V	F	V	F	V	F
5- Realizada	V	F	V	F	V	F
6- Autônoma	V	F	V	F	V	F
7- Sociável	V	F	V	F	V	F
8- Produtiva	V	F	V	F	V	F
9- Ativa	V	F	V	F	V	F
10- Independente	V	F	V	F	V	F
11- Respeitável	V	F	V	F	V	F
12- Financeiramente independente	V	F	V	F	V	F
13- Participativa nas decisões familiares	V	F	V	F	V	F

Anexo E

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	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 J capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você J capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	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	bom	muito bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(P23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26(F8.1)	Com que frequência 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?.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo F

WHOQOL-OLD



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

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

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

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

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

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

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

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

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

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

oid_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

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

oid_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

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

oid_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

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

oid_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

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

oid_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

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

oid_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

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

oid_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

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

oid_08 O quanto você tem medo de morrer?

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

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

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

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

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

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

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

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

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

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

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

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

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

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

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

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

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

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

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

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

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

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo G

Roteiro da Entrevista Semiestruturada – Idoso

Participante: _____

Data: _____

1- Indique um familiar que você tem contato freqüente e que na sua opinião poderá contribuir com a pesquisa:

2- O que é qualidade de vida para você?

3- Como você acha que sua família contribui para sua qualidade de vida?

4- Que atitudes você pensa que seus familiares poderiam ter que lhe ajudariam a ter qualidade de vida neste momento?

5- Que elementos você precisa ter para considerar a sua vida satisfatória e com qualidade?

6- Quantas vezes o Sr(a) tem contato com sua família?

7- Quais são as principais formas de contato? Com que membros?

8- Em sua opinião quais as principais mudanças ocorridas nas relações familiares nos últimos anos?

9- Você considera que seus familiares são coerentes, ou seja, geralmente cumprem o que falam?

10- Você se sente ouvido, respeitado e aceito pela sua família?

11- A sua família contribui para que você tenha autonomia nas suas decisões? Por exemplo: É aceito o seu modo de vestir, falar, onde quer freqüentar, liberdade de opiniões etc..

12- Sua família geralmente oferece manifestações de carinho e incentivo? Por exemplo: Utilizando elogios, carinhos físicos, cuidados, presença etc...

13- No momento atual existem muitos conflitos e discussões na família?

14- Os papéis e responsabilidades de cada membro são claramente definidos na sua família?

15- O clima entre os familiares apresenta muitas brigas, discordâncias e manifestações de competitividade?

16- Existe espaço na sua família para que sejam discutidos os temas como: Mudanças, medos, ansiedades, decisões?

17- Em sua opinião de zero a dez, sendo zero para pouco e dez para muito, o quanto as suas relações familiares atuais tem interferido na sua qualidade de vida?

Anexo H

Roteiro da Entrevista Semiestruturada - Familiar

Participante: _____

Idade: _____

Grau de parentesco: _____

Estado Civil: _____

Reside com: _____

Data da entrevista: _____

- 1- O que é qualidade de vida para você?
- 2- Como você acha que sua família contribui para a qualidade de vida do membro idoso?
- 3- Que atitudes você pensa que você como familiar pode ter que ajudariam no estabelecimento da qualidade de vida do idoso?
- 4- Que elementos você considera que o idoso necessita para perceber a sua vida satisfatória e com qualidade?
- 5- Quantas vezes o Sr(a) tem contato com o membro idoso?
- 6- Quais são as principais formas de contato?
- 7- Em sua opinião quais as principais mudanças ocorridas nas relações familiares nos últimos anos?
- 8- Você considera que seus familiares são coerentes, ou seja, geralmente cumprem o que falam?
- 9- Você acha que na sua família há espaço para ouvir e respeitar a opinião dos demais membros?

10- A sua família contribui para que os membros tenham autonomia nas suas decisões? Por exemplo: É aceito o seu modo de vestir, falar, onde quer frequentar, liberdade de opiniões de cada um etc..

11- Sua família geralmente oferece manifestações de carinho e incentivo? Por exemplo: Utilizando elogios, carinhos físicos, cuidados, presença etc...

12- No momento atual, existem muitos conflitos e discussões na família?

13- Os papéis e responsabilidades de cada membro são claramente definidos na sua família?

14- O clima entre os familiares apresenta muitas brigas, discordâncias e manifestações de competitividade?

15- Existe espaço na sua família para que sejam discutidos os temas como: Mudanças, medos, ansiedades, decisões?

16- Em sua opinião o que torna difícil a sua relação com o membro idoso?

17- O que poderia ser feito para que essas dificuldades possam ser superadas?

Anexo I

Diretrizes para o autor da revista *Psicologia: Reflexão e Crítica*

A partir de Janeiro de 2009 as novas submissões devem ser feitas em <http://www.seer.ufrgs.br/PsicReflexaoCritica>

O manuscrito submetido a este periódico não pode ter sido publicado em outro veículo de divulgação (revista, livro, internet, etc.) e não pode ser simultaneamente submetido ou publicado em outro lugar.

Todas as submissões de manuscritos devem estar enquadrados nas áreas de psicologia do desenvolvimento, avaliação psicológica e processos básicos. Devem seguir as Normas de Publicação da APA: Publication Manual of the American Psychological Association (5ª edição, 2001), no que diz respeito ao estilo de apresentação do manuscrito e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico. A cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, quando pertinente, deve ser encaminhada na submissão do manuscrito. Sem esta cópia o manuscrito não iniciará o processo editorial. Excetuam-se situações específicas onde há conflito com a necessidade de se assegurar o cumprimento da revisão cega por pares, regras do uso da língua portuguesa, ou procedimentos internos da revista, inclusive características da submissão eletrônica. A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA. Os manuscritos devem ser redigidos em português, inglês ou espanhol.

Para um guia rápido em português, consulte Uma Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da APA. Para exemplos de seções do manuscrito (em inglês), sugere-se Psychology With Style: A Hypertext Writing Guide (for the 5th edition of the APA Manual).

Os textos originais deverão ser submetidos via internet mediante cadastro de todos autores no sítio da revista (www.ufrgs.br/prc). Como a revisão dos manuscritos é cega quanto à identidade dos autores, é responsabilidade destes a verificação de que não há elementos capazes de identificá-los em qualquer outra parte do artigo, inclusive nas propriedades do arquivo. O e-mail com os dados dos autores não será encaminhado aos consultores *ad hoc*.

I. Passos da submissão eletrônica

A submissão eletrônica de artigos segue dois passos: e-mail de encaminhamento e sua apresentação formal, descritos a seguir. Os autores serão comunicados imediatamente sobre o recebimento do manuscrito e poderão acompanhar o processo de editoração eletrônica utilizando seu nome de usuário e senha. Os manuscritos somente iniciarão o processo editorial com o cadastramento de TODOS os autores no sítio da Revista e de seus respectivos emails.

Passo 1: O(a) autor(a) principal envia um e-mail de encaminhamento a editora (prcrev@ufrgs.br), autorizando o início do processo editorial de seu manuscrito. TODOS os autores devem dar ciência à editora de sua concordância com a submissão. Todos os procedimentos éticos exigidos foram atendidos. **Não deve ser enviada cópia do manuscrito como anexo do e-mail ao editor.** O manuscrito deve ser submetido apenas eletronicamente (conforme Passo 2). Esse e-mail substitui a folha de rosto identificada e deve informar também:

- título em português e em inglês (máximo de 15 palavras);
- nome e afiliação institucional (nome da instituição por extenso) de cada um dos autores;
- nomes dos autores como devem aparecer em citações;
- endereço de correspondência do(a) autor(a) com o qual a editora poderá se corresponder (recomendamos que sejam utilizados endereços institucionais);
- agradecimentos e observações.

Passo 2: Apresentação formal do manuscrito. Os textos originais deverão ser submetidos via internet mediante cadastro de TODOS os autores no sítio da revista na Internet (www.ufrgs.br/prc).

II. Manuscritos

Os manuscritos para submissão deverão informar na página de rosto a que área de interesse da Revista se enquadram (psicologia do desenvolvimento, avaliação psicológica ou processos básicos). Devem estar em formato **doc** e não exceder o número máximo de páginas (iniciando no Resumo como página 1) indicado para cada tipo de manuscrito (incluindo Resumo, Abstract, Figuras, Tabelas, Anexos e Referências, além do corpo do texto), que seriam:

Artigos (15-25 páginas): relatos de alta qualidade de pesquisas originais, baseadas em investigações sistemáticas e completas. Também serão aceitos, porém em número restrito, artigos teóricos ou de revisão com análise crítica e oportuna de um corpo abrangente de investigação, relativa a assuntos de interesse para o desenvolvimento da Psicologia, preferencialmente numa área de pesquisa para a qual o(a) autor(a) contribui.

Comunicações breves (10-15 páginas): relatos breves de pesquisa ou de experiência profissional com evidências metodologicamente apropriadas; manuscritos que descrevem novos métodos ou técnicas serão também considerados.

Resenhas (3-10 páginas): revisão crítica de obra recém publicada, orientando o(a) leitor(a) quanto assuas características e usos potenciais. Autores devem consultar a Editora Geral antes de submeter resenhas ao processo editorial.

III. Diretrizes Gerais

A. Papel: Tamanho A4 (21 x 29,7cm). O manuscrito, sendo um artigo, ao todo não deve passar de 25

páginas, desde o Resumo até as Referências, incluindo as Tabelas, Figuras e Anexos.

B. Fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo Referências, Notas de Rodapé, Tabelas, etc.

C. Margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita).

D. Espaçamento: espaço **duplo** ao longo de todo o manuscrito, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, etc.

E. Alinhamento: esquerda

F. Recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm

G. Numeração das páginas: no canto direito na altura da primeira linha de cada página.

H. Cabeçalho de página: as primeiras duas ou três palavras do título devem aparecer cinco espaços à esquerda do número da página. O cabeçalho é usado para identificar as páginas do manuscrito durante o processo editorial. Usando MS Word, quando o número da página e o cabeçalho são inseridos em uma página, automaticamente aparecem em todas as outras.

I. Endereços da Internet: Todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) deverão estar ativos.

J. Ordem dos elementos do manuscrito: Folha de rosto sem identificação, Resumo e Abstract, Corpo do Texto, Referências, Anexos, Notas de Rodapé, Tabelas e Figuras. Inicie cada um deles em uma nova página.

IV. Elementos do manuscrito:

A. Folha de rosto sem identificação: título em português (máximo 15 palavras, maiúsculas e minúsculas, centralizado) e o título em inglês compatível com o título em português, indicação da área na qual o manuscrito se enquadra (psicologia do desenvolvimento, avaliação psicológica ou processos básicos).

B. Resumos em português e inglês: Parágrafos com no máximo 120 palavras (artigos), ou 100 palavras (comunicações breves), com o título Resumo escrito centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Ao fim do resumo, listar pelo menos três e no máximo cinco palavras-chave em português (em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula), preferencialmente derivadas do Terminologia em Psicologia, da Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia. O resumo em inglês (Abstract), que deve ser fiel ao resumo em português, porém, não uma tradução "literal" do mesmo. Ou seja, a tradução deve preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical inglês. Psicologia: Reflexão e Crítica/Psychology tem, como procedimento padrão, fazer a revisão final do abstract, reservando-se o direito de corrigi-lo, se necessário. Isto é um item muito importante de seu trabalho, pois em caso de publicação estará disponível em todos os indexadores da revista. O Abstract deve ser seguido das keywords (versão em inglês das palavras-chave).

C. Corpo do Texto: Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página. As subseções do corpo do texto não começam cada uma em uma nova página e seus títulos devem estar centralizados, e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, Resultados, Método e Discussão, em artigos empíricos). Os subtítulos das subseções devem estar em itálico e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, os subtítulos da subseção Método: *Participantes*, ou *Análise dos Dados*).

As palavras **Figura**, **Tabela**, **Anexo** que aparecerem no texto devem ser escritas com a primeira letra em maiúscula e acompanhadas do número (Figuras e Tabelas) ou letra (Anexos) ao qual se referem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

Sublinhados, Itálicos e **Negritos** Sublinhe palavras ou expressões que devam ser enfatizadas no texto impresso, por exemplo, "estrangeirismos", como self, locus, etc e palavras que deseje grifar. Não utilize itálico (menos onde é requerido pelas normas de publicação), negrito, marcas d'água ou outros recursos que podem tornar o texto visualmente atrativo, pois trazem problemas sérios para editoração.

Dê sempre crédito aos autores e às datas de publicação de todos os estudos referidos. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Todos os estudos citados no texto devem ser listados na seção de Referências.

Exemplos de citações no corpo do manuscrito:

Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas certamente não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o Publication Manual of the American Psychological Association (2001, 5ª edição) para verificar as normas para outras referências.

1. Citação de artigo de autoria múltipla:

Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido:

Carvalho e Beraldo (2006) fizeram a análise quantitativa...

Esta análise qualitativa (Carvalho & Beraldo, 2006)...

Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores só na primeira citação e nas seguintes cite o primeiro autor seguido de et al., data:

A literatura desta área foi revisada por Mansur, Carrthery, Caramelli e Nitrini (2006)...

Isto foi descrito em outro artigo (Mansur et al., 2006).

Artigo com seis ou mais autores: cite no texto apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "et al." e da data.

Porém, na seção de Referências Bibliográficas todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

2. Citações de obras antigas e reeditadas

De fato, Skinner (1963/1975)

...na explicação do comportamento (Skinner, 1963/1975).

Na seção de referências, citar

Skinner, B. F. (1975). *Contingências de reforço*. São Paulo: Abril Cultural. (Original published in 1963)

NOTA: Citações com menos de 40 palavras devem ser incorporadas no parágrafo do texto, entre aspas. Citações com mais de 40 palavras devem aparecer sem aspas em um parágrafo no formato de bloco, com cada linha recuada 5 espaços da margem esquerda. Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [sic], sublinhado e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de material de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (...). A inserção de material, tais como comentários ou observações devem ser feitos entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo nosso].

Atenção: Não use os termos apud, op. cit, id. ibidem, e outros. Eles não fazem parte das normas da APA (2001, 5ª edição).

D. Referências:

Inicie uma nova página para a seção de Referências, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer nesta seção. Continue utilizando espaço duplo e não deixe um espaço extra entre as citações. As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as normas da APA (veja alguns exemplos abaixo). Utilize o Publication Manual of the American Psychological Association (2001, 5ª edição) para verificar as normas não mencionadas aqui.

Em casos de referência a múltiplos estudos do(a) mesmo(a) autor(a), utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

Exemplos de referências:

1. Artigo de revista científica

Bosa, C. A., & Piccinini, C. A. (1996). Comportamentos interativos em crianças com temperamento fácil e difícil. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 9, 337-352.

2. Artigo de revista científica paginado por fascículo

Proceder de acordo com o indicado acima, e incluir o número do fascículo entre parênteses, sem sublinhar, após o número do volume.

3. Artigo de revista científica editada apenas em formato eletrônico

Silva, S. C. da (2006, February). Estágios de Núcleo Básico na formação do psicólogo experiências de desafios e conquistas. *Psicologia para América Latina*, 5, 2006, Retrieved in May 12, 2006, from <http://scielo.bvs-psi.org.br>

4. Livros

Koller, S. H. (2004). *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

5. Capítulo de livro

Dell'Aglio, D. D., & Deretti, L. (2005). Estratégias de coping em situações de violência no desenvolvimento de crianças e adolescentes. In C. S. Hutz (Ed.), *Violência e risco na infância e adolescência: pesquisa e intervenção* (pp. 147-171). São Paulo: Casa do Psicólogo.

6. Obra antiga e reeditada em data muito posterior

Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published in 1979).

7. Autoria institucional

American Psychiatric Association (1988). *DSM-III-R, Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (3a ed. revisada). Washington, DC: Autor.

E. Anexos: Evite. Somente devem ser incluídos se contiverem informações consideradas indispensáveis, como testes não publicados ou descrição de equipamentos ou materiais complexos. Os Anexos devem ser apresentados cada um em uma nova página. Os Anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (A, B, C, e assim por diante), se forem mais de um.

F. Notas de rodapé: Devem ser evitadas sempre que possível. No entanto, se não houver outra possibilidade, devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e apresentadas após os Anexos. O título (Notas de Rodapé) aparece centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Recue a primeira linha de cada nota de rodapé em 1,25cm e numere-as conforme as respectivas indicações no texto.

G. Tabelas: Devem ser elaboradas em Word (.doc) ou Excel. No caso de apresentações gráficas de tabelas, use preferencialmente colunas, evitando outras formas de apresentação como pizza, etc. Nestas apresentações evite usar cores. Cada tabela começa em uma página separada. A palavra Tabela é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à tabela. Dê um espaço duplo e digite o título da tabela à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo a primeira letra de cada palavra em maiúsculo. Não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento

H. Figuras: Devem ser do tipo de arquivo JPG e apresentadas em uma folha em separado. Não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento. A palavra Figura é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à figura. Dê um espaço duplo e digite o título da figura à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo a primeira letra de cada palavra em maiúsculo.

As palavras Figura, Tabela e Anexo que aparecerem no texto devem, sempre, ser escritas com a primeira letra em maiúscula e devem vir acompanhadas do número (para Figuras e Tabelas) ou letra (para Anexos) respectivos ao qual se referem. A utilização de expressões como "a Tabela acima" ou "a Figura abaixo" não devem ser utilizadas, porque no processo de editoração a localização das mesmas pode ser alterada. As normas da APA (2001, 5ª edição) não incluem a denominação de Quadros ou Gráficos, apenas Tabelas e Figuras.

ATENÇÃO: Todo o processo editorial da PRC/Psychology é feito eletronicamente no [sítio www.ufrgs.br/prc](http://www.ufrgs.br/prc). Manuscritos recebidos por correio convencional, fax, e-mail ou qualquer outra forma de envio não serão apreciados pelos editores.

Diretrizes para submissão (Todos os itens obrigatórios)

- A contribuição é original e inédita, adequa-se às áreas de psicologia do desenvolvimento, avaliação psicológica ou processos básicos, e não está sendo avaliada por outra revista ou veículo de publicação. A designação de área não deve ser apenas declarativa, mas pertinente.
- Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word (doc). O manuscrito está de acordo com as normas técnicas da American Psychological Association: Publication Manual of the American Psychological Association (5ª edição, 2001). Manuscritos não adaptados às normas serão rejeitados na submissão.
- Foi indicada na primeira página do arquivo doc a área na qual o manuscrito se enquadra (psicologia do desenvolvimento, avaliação psicológica ou processos básicos). Tal designação não deve ser apenas declarativa, mas pertinente.
- A cópia do parecer da Comissão de Ética de Pesquisa aprovando a pesquisa está anexada.
- O texto está em espaço duplo, em fonte tipo Times New Roman, tamanho 12, com parágrafos alinhados à esquerda, com anexos, tabelas e figuras no final do corpo do manuscrito, após as referências, com sinalização no corpo do texto indicando onde devem ser inseridos. O manuscrito, sendo um artigo, não deve exceder 25 páginas. A página deverá ser tamanho A4 (21 x 29,7cm), com todas as margens igual a 2,5 cm. Caso haja subdivisões no texto, recomenda-se no máximo três níveis de intertítulos. Veja [Diretrizes para o Autor](#).
- Todos os endereços "URL" no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) estão ativos.

Aviso de Copyright

A revista Psicologia: Reflexão e Crítica/Psychology possui os direitos autorais de todos os artigos publicados por ela. A reprodução total dos artigos da revista em outras publicações, ou para qualquer outro fim, por quaisquer meios, requer autorização por escrito da Editora. A revista incentiva aos autores a disponibilizar em seus sítios pessoais e institucionais os pdfs com a versão final de seus artigos, desde que esta seja sem fins comerciais e lucrativos. Reproduções parciais de artigos (resumo, abstract, mais de 500 palavras de texto, tabelas, figuras e outras ilustrações) deverão ter permissão por escrito do Editor e dos autores.

Interessados em reproduzir parcialmente os artigos da PRC/Psychology (partes do texto que excederem 500 palavras, tabelas, figuras e outras ilustrações) deverão ter permissão escrita do(s) autor(es).

Declaração de privacidade

Os nomes e endereços de e-mail neste sítio da internet serão usados exclusivamente para os propósitos da revista, não estando disponíveis para outros fins.