UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ESNY CERENE SOARES

O idoso de bem com a velhice: um estudo envolvendo idosos que relatam o
envelhecimento como satisfatório

São Paulo

2017

ESNY CERENE SOARES

O idoso de bem com a velhice: um estudo envolvendo idosos que relatam o
envelhecimento como satisfatório

(Versão Corrigida)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Doutor em
Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano

Orientadora: Profa. Dra. Eda Marconi Custódio

São Paulo

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Soares, Esny Cerene.

O idoso de bem com a velhice: um estudo envolvendo idosos que relatam o envelhecimento como satisfatório / Esny Cerene Soares; orientadora Eda Marconi Custódio. -- São Paulo, 2017.

256 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicologia do desenvolvimento 2. Envelhecimento 3. Qualidade de Vida 4. Psicologia Positiva 5. Satisfação de Vida I. Título.

BF713

Nome: Esny Cerene Soares

Título: O idoso de bem com a velhice: um estudo envolvendo idosos que relatam o envelhecimento como satisfatório

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho à minha família,

- ✓ **Rosemeire**, esposa companheira e valiosa;
- ✓ **Bruno, Breno e Bianca**, filhos preciosos, que são presentes de Deus;
- ✓ **Izaura**, minha mãe, que agora está nos braços do Pai, mas que se orgulharia muito se estivesse presente na conclusão e apresentação deste trabalho;
- ✓ **Renato**, meu pai, idoso valoroso que eu admiro e me espelho.

Eu agradeço,

- ✓ À minha família, pelo apoio, paciência e tolerância. Filhos e esposa especiais que souberam aceitar minhas ausências durante o tempo do doutorado, sem deixar de incentivar e admirar;
- ✓ À Prof^a. Dr^a. Walquiria Fonseca Duarte (*in memoriam*). Amiga, incentivadora e responsável direta pela conclusão desta etapa na minha vida acadêmica;
- ✓ À Prof^a. Dr^a. Eda Marconi Custódio, minha orientadora. Mulher sábia, admirável, ponderada e extremamente acolhedora, que se manteve por perto em todos os momentos, sempre disponível, até mesmo nos momentos de enfermidade;
- ✓ À Prof^a. Dr^a. Maria Julia Kovacs, pelo seu cuidado e disposição em me acolher e oferecer seu olhar crítico na revisão do texto final;
- ✓ Ao estatístico Luiz da Silva Santos, do Setor de Métodos Quantitativos – Estatística do Instituto de Psicologia. Sua contribuição e companheirismo foram essenciais para a execução deste trabalho;
- ✓ À Ligia Furusawa que, nos momentos de dúvida e dificuldade me acolheu e orientou.
- ✓ Ao Conselho e aos meus irmãos da Igreja Presbiteriana Independente de Vila Dom Pedro I, que souberam interpretar com amor especialmente este momento final do trabalho, sempre demonstrando solidariedade nas intercessões;
- ✓ Aos professores Cláudia Tricate, Silvia Pucci e Rosemeire Madella Cerene Soares, que contribuíram como Juízas no presente trabalho e me ajudaram a classificar os participantes;
- ✓ Aos alunos-pesquisadores que aplicaram os instrumentos da pesquisa com determinação e alegria;
- ✓ A todos os idosos que participaram da pesquisa. Anonimamente, eles foram decisivos e nos ajudaram a compreender melhor o envelhecimento;
- ✓ “Àquele que é poderoso para fazer infinitamente mais do que tudo quanto pedimos ou pensamos. A ele seja a glória para todo o sempre”.

“Cuide bem da juventude,
da saúde, inteligência e visão de futuro.
O amanhã será diferente.
Se você plantar bem uma semente,
amanhã colherá bons frutos”.

(Participante nº 106, do sexo masculino, de 70 anos)

Os justos florescerão como a palmeira,
crescerão como o cedro do Líbano;
plantados na casa do Senhor,
florescerão nos átrios do nosso Deus.

Mesmo na velhice darão fruto,
permanecerão viçosos e verdejantes,
para proclamar que o Senhor Deus é justo!

(Salmo 92:12-15)

RESUMO

Soares, E. C. (2017). *O idoso de bem com a velhice: um estudo envolvendo idosos que relatam o envelhecimento como satisfatório*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O Brasil está rapidamente deixando de ser um país jovem. E com o novo desenho da pirâmide etária no nosso país, o tema do envelhecimento tem ocupado cada vez mais espaço nas discussões governamentais e da sociedade civil organizada. As representações sociais do idoso ainda o apresentam como alguém que pouco tem a contribuir com a sociedade. Uma parte dos idosos se apropria deste estigma; outra parte, no entanto, entende que o envelhecimento pode ser satisfatório e encarado de forma positiva. O objetivo do trabalho foi investigar as características de idosos que relatam o envelhecimento como satisfatório. A teoria de desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson e suas descobertas sobre o envelhecimento foi a base para as discussões teóricas. A pesquisa foi entabulada sob a perspectiva da Psicologia Positiva. A amostra foi constituída de 186 idosos, com 70 anos ou mais. Foram utilizados os seguintes instrumentos: a) Questionário de Qualificação Sociodemográfica; b) Escalas de Qualidade de Vida (WHOQOL-OLD e BREF), c) Escala de Satisfação de Vida; e, d) Escala de Religiosidade da Universidade DUKE – DUREL. A partir da resposta de duas questões abertas constantes do Questionário de Qualificação Sociodemográfica, os participantes foram segmentados em IBV - Idosos de Bem com a Velhice e ICV – Idosos em Conflito com a Velhice. Para a segmentação da amostra foram utilizados quatro juízes que opinaram sobre as respostas apresentadas pelos participantes e contribuíram na classificação dos participantes do grupo do IBV e do ICV. Foi utilizado o Coeficiente Kappa para se determinar a confiabilidade entre os avaliadores. Segmentada a amostra, as médias dos dois grupos foram comparadas aplicando-se o teste t-student. Os IBV apresentaram médias estatisticamente significantes ao nível de 5% nas médias de Satisfação de Vida, Qualidade de Vida (escores totais), na faceta “Morte e Morrer” do WHOQOL-OLD e no Domínio “Relações Sociais” do WHOQOL-BREF. Das dez áreas investigadas pelo WHOQOL (seis facetas do WHOQOL-OLD e quatro Domínios do WHOQOL-BREF), em apenas uma os ICV apresentaram média superior aos IBV, mas sem significância estatística. Quanto à Religiosidade, os IBV apresentaram média superior apenas na Religiosidade Organizacional. Os IBV praticam mais atividades físicas e de lazer, estão mais envolvidos com trabalho remunerado. Não se constatou diferença quanto à escolaridade, a renda e a classificação econômica entre os IBV e os ICV. Por fim, o IBV foi descrito como aquele que é satisfeito com a vida, apresenta maiores médias de Qualidade de Vida, maneja bem questões ligadas às atividades passadas, presentes e futuras (demonstrando o que Erikson denominava de Integridade), participa ativamente da sociedade, mantém bom nível de relações sociais significativas e apresenta-se preservado no que diz respeito aos aspectos físicos e psicológicos.

Palavras-chave: Psicologia do desenvolvimento. Envelhecimento. Qualidade de vida. Psicologia positiva. Satisfação de Vida.

ABSTRACT

Soares, E. C. (2017). *The elderly coping well with old age: a study involving elderly people who report aging as a satisfactory experience*. Doctoral Thesis, Psychology Institute, University of São Paulo, São Paulo.

Brazil is rapidly ceasing to be considered a young country. With the new layout of the age pyramid in our country, the subject on aging has gradually occupied space in governmental discussions and in the organized civil society. The social representations of the elderly still present this individual as someone who has little to contribute to society. Some of the elderly seize this stigma; others, however, believe that aging can be satisfactory and faced in a positive manner. This study aims to investigate the characteristics of the elderly people who report aging as satisfactory. Erik Erikson's theory of psychosocial development and his findings on aging was the basis for theoretical discussions. The research was based on the perspective of Positive Psychology. The sample consisted of 186 elderly individuals, aged 70 or older. The following tools were used: a) Sociodemographic Qualification Questionnaire; a) Quality of Life Scales (WHOQOL-OLD and BREF), c) Life Satisfaction Scale; and, d) The Duke University Religion Index (DUREL). Based on the responses to two open questions included in the Sociodemographic Qualification Questionnaire, the participants were segmented into IBV - Elderly Coping Well with Old Age and ICV – Elderly in Conflict with Old Age. For the segmentation of the sample, four judges were used and they commented on the responses presented by the participants and contributed to the classification of the respondents into groups IBV or ICV. In order to determine the reliability among the evaluators, the Kappa coefficient was used. After the sample was segmented, the rate of the two groups was compared by applying the t-student test. The IBV group presented statistically significant averages at 5% level in Life Satisfaction, Quality of Life averages (total scores), in the "Death and Dying" facet of the WHOQOL-OLD and in the "Social Relations" Domain of the WHOQOL-BREF. Of the ten areas investigated by the WHOQOL (six facets of the WHOQOL-OLD and four domains of the WHOQOL-BREF), in only one the ICV group presented a higher average than the IBV group, but there was no statistical significance. Regarding Religiousness, the IBVs presented a higher average only in Organizational Religiosity. IBVs practice more physical and leisure activities and are more involved with paid work. There was no difference in schooling, income or economic classification between the IBVs and the ICVs. Finally, the IBV group was described as being satisfied with life, presenting higher Quality of Life averages, handling well issues related to past, present and future activities (demonstrating what Erikson called Integrity), participating actively in society, maintaining a good level of meaningful social relations and being preserved with respect to the physical and psychological aspects.

Keywords: Developmental Psychology. Aging. Quality of life. Positive Psychology. Life satisfaction

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à composição da amostra por sexo.....	153
Tabela 02 - Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto às faixas de idade dos participantes.....	153
Tabela 03 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao estado civil dos participantes.....	154
Tabela 04 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à escolaridade dos participantes.....	155
Tabela 05 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à renda pessoal dos participantes.....	156
Tabela 06 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à classificação econômica dos participantes.....	157
Tabela 07 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à classificação econômica dos participantes da amostra comparada à da distribuição da população metropolitana de São Paulo da ABEP.....	158
Tabela 08 – Distribuição em termos de percentuais (%) quanto à quanto à religião dos participantes.....	158
Tabela 09 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao envolvimento laboral dos participantes.....	159
Tabela 10 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao tempo (em horas) dedicado ao trabalho por dia pelos participantes que exercem atividade laborativa.....	160
Tabela 11 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao participante estar aposentado.....	160
Tabela 12 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao participante trabalhar após a aposentadoria.....	161
Tabela 13 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto às categorias de segmentação da amostra.....	162
Tabela 14 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao sexo dos participantes na amostra segmentada.....	162
Tabela 15 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) dos participantes por faixas etárias na amostra segmentada.....	163

Tabela 16 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao estado civil dos participantes na amostra segmentada.....	163
Tabela 17 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à religião dos participantes na amostra segmentada.....	164
Tabela 18 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à escolaridade dos participantes, na amostra segmentada.....	164
Tabela 19 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto às atividades de trabalho remunerado dos participantes, na amostra segmentada.....	165
Tabela 20 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao idoso estar recebendo recursos da Previdência Social, na amostra segmentada.....	166
Tabela 21 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à renda pessoal do idoso, na amostra segmentada.....	167
Tabela 22 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Classe Econômica do idoso, na amostra segmentada.....	168
Tabela 23 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao participante ter gerado filhos.....	169
Tabela 24 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à prática de atividades físicas dos participantes.....	169
Tabela 25 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à prática de atividades de lazer dos participantes.....	170
Tabela 26 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Satisfação de Vida dos participantes.....	171
Tabela 27 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Satisfação de Vida dos participantes, com a amostra dividida entre “Satisfeitos” e “Insatisfeitos”.....	172
Tabela 28 – Comparação das médias as Satisfação de Vida dos participantes, com a amostra dividida entre “Satisfeitos” e “Insatisfeitos”.....	172
Tabela 29 – Comparação das médias quanto à Religiosidade dos participantes, a partir da Escala de Religiosidade de DUKE – DUREL	176
Tabela 30 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Qualidade de Vida dos participantes – Escores Totais, aferida pelo WHOQOL-OLD.....	177
Tabela 31 – Comparação das médias da Qualidade de Vida dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD.....	178

Tabela 32 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Funcionamento dos Sentidos”, aferida pelo WHOQOL-OLD.....	179
Tabela 33 – Comparação das médias da Faceta “Funcionamento dos Sentidos” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD.....	180
Tabela 34 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Autonomia”, aferida pelo WHOQOL-OLD.....	180
Tabela 35 – Comparação das médias da Faceta “Autonomia” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD.....	181
Tabela 36 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Atividades passadas, presentes e futuras”, aferida pelo WHOQOL-OLD.....	182
Tabela 37 – Comparação das médias da Faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD.....	183
Tabela 38 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Participação Social”, aferida pelo WHOQOL-OLD.....	185
Tabela 39 – Comparação das médias da Faceta “Participação Social” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD.....	185
Tabela 40 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Morte e Morrer”, aferida pelo WHOQOL-OLD.....	186
Tabela 41 – Comparação das médias da Faceta “Morte e Morrer” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD.....	186
Tabela 42 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Intimidade”, aferida pelo WHOQOL-OLD.....	188
Tabela 43 – Comparação das médias da Faceta “Intimidade” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD.....	188
Tabela 44 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao Domínio “Físico”, aferido pelo WHOQOL-BREF.....	190
Tabela 45 – Comparação das médias do Domínio “Físico” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-BREF.....	190
Tabela 46 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao Domínio “Psicológico”, aferido pelo WHOQOL-BREF.....	192
Tabela 47 – Comparação das médias do Domínio “Psicológico” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-BREF.....	192

Tabela 48 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao Domínio “Relações Sociais”, aferido pelo WHOQOL-BREF.....	193
Tabela 49 – Comparação das médias do Domínio “Relações Sociais” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-BREF.....	194
Tabela 50 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao Domínio “Meio Ambiente”, aferido pelo WHOQOL-BREF.....	195
Tabela 51 – Comparação das médias do Domínio “Meio Ambiente” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-BREF.....	195
Tabela 52 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à questão número “2” do WHOQOL-BREF, em que a pessoa é questionada sobre o quanto está satisfeita com a sua saúde.....	197
Tabela 53 – Comparação das médias da Questão “2” do WHOQOL-BREF (Quão satisfeito você está com a sua saúde?).....	198
Tabela 54 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à questão número “26” do WHOQOL-BREF, em que a pessoa é questionada sobre a frequência com a pessoa experimenta sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão.....	199
Tabela 55 – Comparação das médias da Questão “26” do WHOQOL-BREF (Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão?).....	200
Tabela 56 – Apresentação das medias obtidas por todos os instrumentos, comparando os ICV com os IBV, acompanhadas dos respectivos níveis de significância.....	201

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

CCEB – Critério de Classificação Econômica Brasil

IBV – Idoso de Bem com a Velhice

ICV – Idoso em Conflito com a Velhice

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	25
1 ENVELHECIMENTO: UMA QUESTÃO ATUAL.....	28
2 A EXPERIÊNCIA DO ENVELHECIMENTO.....	38
2.1 O envelhecimento na literatura e no cinema.....	38
2.2 O envelhecimento ao longo da história	45
3 ENVELHECIMENTO: UM PRODUTO POLÍTICO E SOCIAL	61
3.1 Fatores associados à cultura e ao gênero	63
3.2 Fatores associados aos sistemas de saúde e ao serviço social	64
3.3 Fatores comportamentais	66
3.4 Fatores relacionados a aspectos pessoais.....	69
3.5 Fatores associados ao ambiente físico	70
3.6 Fatores associados ao ambiente social.....	71
3.7 Fatores associados a questões econômicas	73
4 O ENVELHECIMENTO SEGUNDO ERIK ERIKSON.....	75
4.1 O envelhecimento sob uma nova perspectiva: o nono estágio	81
4.1.1 Desconfiança básica <i>versus</i> confiança: esperança	84
4.1.2 Autonomia <i>versus</i> vergonha e dúvida: vontade	86
4.1.3 Iniciativa <i>versus</i> culpa: propósito	89
4.1.4 Diligência <i>versus</i> inferioridade: competência.....	91
4.1.5 Identidade <i>versus</i> confusão de papéis: fidelidade	93
4.1.6 Intimidade <i>versus</i> isolamento: amor	97
4.1.7 Generatividade <i>versus</i> estagnação: cuidado.....	102
4.1.8 Integridade <i>versus</i> desespero e desgosto: sabedoria	106
5 O ENVELHECIMENTO SOB A ÓTICA DA PSICOLOGIA POSITIVA	116
6 OBJETIVOS	127
7 HIPÓTESES	127
8 MÉTODO	128
8.1 Caracterização da pesquisa	128
8.2 Amostra	130
8.2 Instrumentos	131
8.2.1 Questionário de Qualificação Sociodemográfica.....	131
8.2.2 WHOQOL-OLD	133
8.2.3 WHOQOL-BREF	136
8.2.4 Escala de Satisfação de Vida	138
8.2.5 Escala de Religiosidade da Universidade DUKE - DUREL.....	139
8.3 Procedimento.....	141
8.4 Análise estatística dos dados	144

8.5 Segmentação da amostra	145
8.5.1 Análise de concordância entre juízes – Coeficiente Kappa	148
9 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	153
CONSIDERAÇÕES FINAIS	202
APÊNDICES	215
ANEXOS.....	238

APRESENTAÇÃO

“Se está ficando velho, aproveite”

Participante nº 126, do sexo feminino, de 76 anos

*“O envelhecimento depende de cada pessoa.
Tenho 90 anos e me sinto bem com a vida que tive.*

Temos de viver com alegria sempre”

Participante nº 117, do sexo feminino, de 90 anos

Em abril de 2013, tive o privilégio de conhecer alguns países europeus. E uma das experiências mais marcantes pra mim foi o desembarque na estação ferroviária de Veneza, na Itália. O trem parou e abriu as portas. Era o final da linha. E diante de nós estava uma bonita estação de trem.

Desembarcando do trem com as bagagens, percebi que, logo além da estação, havia uma calçada que acabava, em poucos metros, na água. Não havia mais caminho em terra firme pela frente. Apesar da beleza encantadora do lugar, aquele era o último ponto de terra firme do continente.

Eu tinha em mãos um bilhete de volta. Poderia embarcar no trem e retornar pra qualquer outra estação do continente, se isso me fizesse sentir mais seguro. Uma alternativa era enfrentar esta nova experiência de me deslocar por água, em barcos grandes ou pequenos, a motor ou a remo, numa vista bonita a ser explorada e numa água pouco cheirosa.

Aceitei o desafio e passei algumas horas navegando pela baía e pelos canais de Veneza. Os canais se assemelhavam a um labirinto e somente me arriscaria a navegá-los sob a condução de um gondoleiro experiente.

No final, a experiência foi deslumbrante. Conheci lugares belos, paisagens diferentes e me convenci de que era possível me adaptar aos transportes que fluíam pela água, ainda que eu me sentisse muito mais seguro em terra firme.

A minha experiência em Veneza pode ser uma interessante analogia do processo de envelhecimento. A velhice é uma etapa na vida em que se tem a impressão de desembarcar na “última estação”. O problema é que não é mais possível embarcar no trem para voltar às estações anteriores. Não há trem que possa levar o idoso de volta. O caminho é para frente, apenas.

Mas à frente não há terra firme. A terra firme, nesta minha metáfora do envelhecimento, representa a segurança, destreza e firmeza dos movimentos e das habilidades sensoriais. A velhice é uma experiência de se adaptar às novas configurações do corpo. Em

muitos casos, o movimento do idoso está muito mais associado ao passeio de gôndola do que ao andar em terra firme: mais lento, mais leve, mais cauteloso, cuidadoso.

E há o leve mau cheiro das águas. O mau cheiro das águas talvez comunique que alguma coisa está se deteriorando. O leve mau cheiro pode ser comparado às dificuldades de saúde que o idoso passou a experimentar nesta etapa da vida. A cada dia ele percebe o declínio de alguns aspectos da sua saúde e de algumas habilidades, nota a sua memória diferente, sua visão mais comprometida, sua audição com menos acuidade.

Mas, além do mau cheiro, pelas águas há a possibilidade de se conhecer algo novo e desafiador. Não é fim de tudo. Há novas e belas paisagens, há becos a serem explorados e pode-se entender esta nova experiência como uma descoberta interessante. O idoso pode se limitar a perceber o mau cheiro ou a contemplar as lindas paisagens; pode ficar parado no calçadão da estação, observando as pessoas navegando nas águas, ou, entrar numa embarcação e passar a explorar este novo cenário com a curiosidade de uma criança.

É isso: metaforicamente, a velhice é uma nova estação e um novo cenário da vida. Nesta nova estação, não se pode retornar pelos trilhos e voltar às estações anteriores. E a partir dela, a experiência passará a ser diferente, sem a firmeza da terra, mas com a fluidez e a sutileza da água. O cenário é completamente novo. É possível entendê-lo como uma oportunidade, contemplá-lo, explorá-lo, ou, ignorá-lo e fixar os olhos nos trilhos da estação, que só têm locomotivas trazendo novos passageiros, mas que não os levam volta...

Estudar o envelhecimento é descortinar as experiências das pessoas que estão nesta nova estação e neste novo cenário da vida. Alguns enfrentam esta nova etapa de forma positiva e buscando novos desafios, percebendo que ainda há muito a se descobrir, há muita novidade pela frente; outros, pelo contrário, se concentram no “mau cheiro”, lamentam as perdas, se prendem ao passado e gostariam de invadir a locomotiva, mesmo sabendo que ela que não leva passageiros de volta. Para estes, o envelhecimento é o fim da linha; para aqueles, um novo começo.

Este trabalho foi construído sob esta perspectiva: nem todos os idosos entendem o envelhecimento como satisfatório, mas há aqueles que o encaram de forma positiva e o transformam numa oportunidade de descobertas. E a pergunta central é: o que diferencia estes dois tipos de idosos? Neste trabalho, aos que não entendem o envelhecimento como satisfatório, chamaremos de “ICV – Idosos em Conflito com a Velhice”, e aos que percebem o envelhecimento como satisfatório, chamaremos de “IBV – Idosos de Bem com a Velhice”.

No primeiro capítulo, “Envelhecimento: uma questão atual”, o envelhecimento é contextualizado e serão apresentados dados sobre este fenômeno no Brasil e no mundo.

O capítulo dois propõe uma discussão a respeito da experiência do envelhecimento. Partindo de obras da literatura e do cinema, o envelhecimento é pensado a partir de personagens idosos ou que, de alguma maneira, enfrentam o envelhecimento. Depois, o capítulo se propõe a fazer um resgate histórico do lugar do idoso na sociedade e a forma como ela o considera e o tem considerado ao longo do tempo.

O capítulo três apresenta o envelhecimento como um produto político e social. Ou seja, questiona o quanto programas governamentais sociais e de saúde podem interferir positivamente no Envelhecimento Ativo da população.

A teoria de desenvolvimento de Erik Homburger Erikson é apresentada no capítulo quatro e servirá de base para a discussão do ponto de vista psicológico. Aos 90 anos, Erikson, com a contribuição de sua esposa Joan Mowat Erikson, revisou sua teoria de desenvolvimento e propôs novas compreensões para o envelhecimento. Esta sua teoria servirá de apoio às reflexões e discussões no trabalho.

O capítulo cinco aborda o envelhecimento sob o foco da Psicologia Positiva. Sempre partindo do potencial dos idosos, o presente trabalho apresenta a Psicologia Positiva como uma chave de compreensão dos fenômenos que envolvem o envelhecimento.

A seguir, há a apresentação dos objetivos, das hipóteses, do método e dos procedimentos envolvidos na realização do trabalho. Os 186 idosos participantes se submeteram a escalas e entrevistas, cujos resultados estão expostos, discutidos e apresentados em textos e tabelas no tópico “Discussão dos Resultados”.

Espero que a leitura deste trabalho possa oferecer informações e reflexões que contribuam no sentido de ampliar a compreensão que temos do fenômeno do envelhecimento.

1 ENVELHECIMENTO: UMA QUESTÃO ATUAL

*“Nada deveria ser mais esperado, e, no entanto,
nada é mais imprevisto que a velhice”*
Simone de Beauvoir

O envelhecimento é um processo universal, evolutivo, natural e que se dá de forma gradativa (Ferreira, Corrêa, & Banhato, 2010). Além disso, ele é produto da combinação de diversos fatores, como os relacionados à cultura e ao gênero, ao acesso ao serviço social e aos sistemas de saúde, sem contar os fatores econômicos e aqueles ligados aos aspectos pessoais, sociais e comportamentais.

O envelhecimento, como configurado nos dias de hoje, se apresenta sob duas importantes facetas: um triunfo da humanidade e um grande desafio para a nossa geração e as futuras.

Evidentemente, o envelhecimento não é exclusividade dos tempos modernos, mas ele só se tornou comum nos últimos cem anos. Estima-se que nos tempos pré-históricos a velhice era extremamente rara e, mesmo no século XVII, provavelmente apenas 1% da população conseguia passar dos 65 anos de idade (Stuart-Hamilton, 2008).

Com as mudanças significativas na expectativa de vida, na possibilidade de um envelhecimento saudável e diante do novo desenho da pirâmide populacional do Brasil, os idosos se tornaram objeto privilegiado de estudo dos últimos anos e passaram a ocupar cada vez mais espaço nos periódicos científicos, uma vez que tem havido o incremento cada vez maior de pesquisas realizadas sobre este tema nos últimos anos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo muito mais rapidamente do que qualquer outra faixa etária e espera-se que, entre 1970 e 2015, o crescimento desta população seja de 223% ou acréscimo em torno de 694 milhões no número de pessoas mais velhas. Estima-se que, em 2015, existirá um total de 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos e que, em 2050, este número chegará a 2 bilhões, sendo que 80% deste contingente estará alocado nos países em desenvolvimento (WHO, 2005).

Em países desenvolvidos como a França, em 2004, a expectativa de vida era de 76,7 anos para os homens e 83,8 anos para as mulheres. Atualmente, 90% das mulheres atingem os 80 anos. Esse é um recorde jamais atingido na França (Rosnay, Servan-Schreiber, Closets, & Simonnet, 2007).

Os indivíduos com mais de oitenta anos representam atualmente algo próximo de um por cento da população mundial e três por cento da população em regiões desenvolvidas, mas esta faixa etária é o segmento da população que cresce mais rapidamente no planeta (WHO, 2005).

Esta nova configuração social levou o mundo a rediscutir o envelhecimento. Termos como “idoso” e “terceira idade” foram introduzidos no vocabulário do dia a dia das pessoas como uma forma de refinar conceitos e tratar melhor a questão, preferencialmente deixando de lado o termo “velho”, tão utilizado até então.

É possível entender, em termos gerais, o envelhecimento como um processo, a velhice como uma fase da vida e o velho ou idoso, como o resultado final do processo de envelhecimento (Netto, 2002).

O termo “Terceira Idade” é bem recente e a sua gênese é discutível. Peixoto (1988) argumenta que ele surgiu na França, em 1962, em virtude da política de integração social da velhice promovida naquele país, visando à transformação da imagem das pessoas envelhecidas. Debert (1987) atribui outra origem ao termo “terceira idade”, também afirmando que ele surgiu na França, mas na década de 1970 e associado à implantação dos programas de “Universidade da Terceira Idade”. (Malloy-Diniz, Fuentes, & Cosenza) aponta que o surgimento do termo ocorreu na França mesmo, na Universidade de Toulouse e foi cunhado para soar de forma mais agradável aos ouvidos da clientela que a universidade buscava: idosos que quisessem participar de cursos livres.

O termo “terceira idade” coincide com um tempo de valorização das pessoas mais velhas. Até então, a velhice era tida como sinônimo de exclusão social e o asilo era o principal símbolo dos velhos. “Velhos” ou “velhotes” eram termos empregados para salientar a situação de exclusão social dos que eram despossuídos e indigentes (Peixoto, 1998).

Segundo o autor, o termo “idoso” até já existia, mas era reservado para aqueles que detinham *status* social diferenciado, especialmente aqueles que ocupavam cargos políticos ou que gozavam de situação financeira privilegiada.

“Terceira Idade”, então, exprime uma nova situação do idoso, pois não é sinônimo de decadência, pobreza ou doença, mas está associado a um tempo privilegiado para atividades livres dos constrangimentos do mundo profissional ou familiar. E isso somente foi possível com a universalização do direito à aposentadoria, que permite ao idoso vislumbrar um tempo de lazer, transformando a última etapa da vida num período de inatividade remunerada (Debert, 1997).

A “Terceira Idade” pode ser entendida como uma nova fase da vida que se situa entre a aposentadoria e a velhice, caracterizada pelo envelhecimento ativo e independente (L. S. Rodrigues & Soares, 2006).

Debert (1997) argumenta ainda que o termo “terceira idade” comunica que temos no cenário mundial um grupo etário que não pode mais ser considerado o setor mais desprivilegiado economicamente da sociedade, pois a aposentadoria os insere no mercado de consumo; além disso, este grupo passa a ser encarado de modo diferente, pois novas concepções de corpo e de saúde estão associadas a ele. Este termo, por fim, não se configura como um interlúdio entre a idade adulta e velhice, mas indica um estágio propício para a satisfação pessoal, o prazer, a realização de sonhos adiados de outras etapas da vida.

A busca do uso de termos mais adequados a serem utilizados na discussão daquilo que envolve os que têm mais idade também é um indicador de que o envelhecimento é um assunto atual e complexo.

Para discutir de forma ampla o envelhecimento, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005) estabelece a idade de sessenta anos para o idoso, considerando que, nos países desenvolvidos esta quantidade de anos pode parecer pouca, porém, qualquer que seja a idade definida, é muito importante reconhecer que a idade cronológica não pode ser entendida como um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento, pois existem variações associadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre idosos que têm a mesma idade.

Para os países desenvolvidos, considera-se idoso apenas aquele que conta com 65 anos ou mais de idade (C. C. Silva, Gomes, Freitas, França, & Oliveira, 2013).

Embora o envelhecimento não seja um fenômeno restrito à população brasileira, nos últimos tempos nosso país tem experimentado uma mudança significativa de paradigma etário, passando a incluir no seu desenho demográfico um aumento exponencial no grupo populacional de idosos, mudando a imagem internacional que tínhamos de “país jovem”. De 2004 a 2014, o grupo etário que mais cresceu na população brasileira foi o das pessoas que contam com mais de 60 anos (IBGE, 2015).

Tecnicamente, o processo que o Brasil atravessa no momento é chamado de Transição da Estrutura Etária, que é marcada por um conjunto de fatores, que tem como principal característica a combinação da queda acentuada da fecundidade (a média brasileira de fecundidade, que em 1960 era de 6,3 filhos por mulher, passou a ser de apenas 2,0 no ano de 2005), da queda dos índices de mortalidade infantil e experiência da longevidade do nosso

cidadão comum. Todos estes fatores combinados, e atuando conjuntamente, conduzem a uma diminuição significativa da população jovem e um aumento progressivo da proporção de pessoas idosas na população, arquitetando um novo desenho da pirâmide demográfica-populacional brasileira (SAÚDE, 2009).

O IBGE textualmente afirma que *“a estrutura etária revela o predomínio de uma população adulta, com redução na participação dos jovens e aumento dos idosos”*(IBGE, 2013). Além disso, o número de idosos no Brasil é de mais de vinte milhões em 2010, representando quase 11% da população brasileira.

O Índice de Envelhecimento (índice que corresponde ao número e pessoas de 65 anos ou mais de idade para cada 100 pessoas com idade entre 0 e 14 anos) coloca o Brasil, nas próximas décadas, entre os países com mais acentuado ritmo de envelhecimento da população (SAÚDE, 2009).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios realizada pelo IBGE, a proporção de idosos com 60 anos de idade ou mais passou de 9,7% em 2004, para 13,7% em 2014, sendo este o grupo etário que mais cresceu na população neste período! A continuar nesta progressão, em 2030 os idosos representarão 18,6%, e, em 2060, 33,7%, ou seja, a cada três pessoas, uma será idosa em 2060 (IBGE, 2015).

Outro dado a ser considerado é que houve um aumento significativo do número de idosos com idade superior a 80 anos na população brasileira. Em 2004, pessoas com mais de 80 anos representavam apenas 1,2% da população; em 2014, este percentual subiu para 1,9% (IBGE, 2015).

Este dado deve ser cuidadosamente analisado, pois ele nos indica o envelhecimento da própria população idosa. No ano de 2000, 17% da população idosa tinham mais de 80 anos; projeções dão conta de que, em 2050, este número chegará a 28%. Possivelmente, o percentual de idosos na população brasileira assumirá uma proporção mais elevada da que hoje se observa nos países europeus (SAÚDE, 2009).

Quanto à transição demográfica, é possível dividir os países em três tipos: os de iniciação precoce da transição (como o ocorrido na Europa Ocidental), os de iniciação tardia e aqueles que ainda não iniciaram a sua transição (como ocorre atualmente nos países africanos, que mantém uma estrutura jovem da população). O modelo de transição demográfica experimentado pelo Brasil é o de “transição tardia”, pois nosso país se agrupa com aqueles que iniciaram a transição demográfica a menos de 50 anos (Lebrão, 2007).

E esta mudança se deu de forma rápida. Em 1940, 42,6% da população brasileira tinha idade inferior a 15 anos, enquanto os idosos, pessoas com 60 anos ou mais, representavam apenas 4,1% do todo da população. Apenas 60 anos mais tarde, em 2000, a população de pessoas menores de 15 anos baixou para 29,6% e a de idosos aumentou consideravelmente, chegando a 8,6% (Lebrão, 2007).

O crescimento na taxa de envelhecimento populacional brasileiro teve início na década de 60 e ocorreu nas regiões mais desenvolvidas. No entanto, em poucas décadas se estendeu a todas as regiões do país e por todas as classes sociais, transformando-se num fenômeno vivenciado por toda a população brasileira (Ferreira et al., 2010).

O envelhecimento rápido da população nos países em desenvolvimento está se tornando um problema social grave. Na maior parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento da população foi um processo gradual acompanhado de crescimento socioeconômico constante durante muitas décadas e por muitas gerações. Os países em desenvolvimento estão experimentando o envelhecimento de forma muito mais acelerada, tendo concentrado este processo há duas ou três décadas. Desse modo, enquanto os países desenvolvidos se tornaram ricos antes de envelhecerem, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de obterem um aumento substancial da sua riqueza (WHO, 2005).

A partir deste novo quadro, foi necessária a implantação de uma política nacional dirigida aos idosos. A partir de 1994, de um modo muito mais dirigido, o Brasil passou a pensar em garantir aos idosos direitos que poderiam garantir a eles o mínimo de cidadania. Exemplo disso é a redação do decreto-lei que dispunha a Política Nacional do Idoso e a criação do Conselho Nacional do Idoso, que seria transformado em lei apenas em 1996. Antes disso, todo o trabalho realizado com idosos no país era de cunho caritativo, desenvolvido por entidades filantrópicas e ordens religiosas (N. C Rodrigues, 2001).

Apesar da Política Nacional do Idoso vigente no Brasil, dos direitos garantidos especialmente com o advento do Estatuto do Idoso, há muito ainda que se fazer em termos de políticas públicas, uma vez que, a continuar o desenho demográfico no ritmo em que se encontra, o Brasil será, em pouco tempo, o quinto ou sexto país com maior população idosa do mundo (Debert, 1997).

Estudar o idoso nos dias de hoje é uma necessidade. Saber mais a respeito deste grupo da sociedade poderá significar melhores condições para a implantação de programas de qualidade de vida para o idoso, beneficiando indiretamente toda a população, uma vez que este tema é de interesse de todos os segmentos da sociedade..

Atualmente, sobejam publicações a respeito do envelhecimento do ponto de vista médico e fisioterápico, mas, aparentemente, ainda não são veiculadas na mesma proporção as publicações que tratam dos aspectos psicológicos associados à velhice.

Precisamos de novos estudos especialmente porque estamos diante de um novo idoso. Embora possivelmente ainda perdurem na sociedade representações antiquadas a respeito da velhice, associadas à pessoa decadente, doente e que não tem muito o que contribuir, é certo que o idoso de hoje vem se apresentando de forma diferente, buscando seu espaço e pretendendo viver de modo pleno.

Os avanços da medicina garantiram ao idoso de hoje uma condição física infinitamente melhor que aquela experimentada pelos seus pais. E o quadro de avanço das ciências da saúde não se limita ao combate às doenças, mas é preciso salientar os progressos no campo da fisioterapia, da fisiologia, da indústria farmacêutica, do combate à dor e às condições limitadoras da velhice, que permitiram que o idoso do século XXI pudesse almejar se projetar na sociedade como uma pessoa com potencial para experimentar uma vida plena, como nas etapas anteriores da sua vida.

Segundo Jesuino (2012), novos estudos sobre questões de idade e envelhecimento têm contribuído de forma muito positiva para uma visão mais real, mais diferenciada dos mais velhos e para desacoplar a ideia de que a velhice é a idade do declínio:

Nos Estados Unidos, a idade da aposentadoria deixou de ser compulsória. Na China nunca foi. A literatura tem introduzido subcategorias menos estigmatizantes, tais como jovens velhos de 65-75, os velhos de 75 a 85 e os velhos-velhos ou muito velhos acima de 85 anos. Mas é bem possível que os avanços da ciência alarguem até ao final do século a esperança de vida para os 120 anos, o que levará a uma nova revisão dos conceitos. (p.63)

O presente trabalho visa a discutir um tipo cada vez mais comum de idoso: o idoso de bem com a velhice. O idoso de bem com a velhice é aquele que, apesar da avançada idade, se mantém inserido dignamente na sociedade, contribuindo com o seu trabalho, com a sua experiência, com a sua atuação nas empresas, nas organizações religiosas e não governamentais, na sociedade civil, na família, com a sua participação política, não se conformando com o papel passivo que a sociedade quer lhe atribuir, mas assumindo a sua condição de agente ativo.

Embora estejamos num país que envelhece rapidamente, ainda vivemos a lógica de um país jovem. São os adultos jovens que decidem os rumos do país e que determinam os valores sociais que devem ser seguidos. Os idosos, por sua vez, não fazem

parte do imaginário da juventude e não têm lugar numa sociedade que privilegia a força, o vigor, a capacidade de produção (Beauvoir, 1990; Bosi, 2012).

Em contraponto, e paradoxalmente, a mesma sociedade que desvaloriza o idoso também o percebe como fonte de renda e de lucro. Atualmente há um enorme esforço publicitário para atrair idosos para que contraiam empréstimos bancários, viagens, planos de saúde, entre outros produtos. O idoso de hoje, mesmo o mais empobrecido, em geral possui alguma renda e, exatamente por isso, passa a ser valorizado numa economia capitalista e idólatra do lucro e do enriquecimento.

O valor do idoso não pode estar atrelado apenas às questões econômicas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005), os idosos são geralmente ignorados como recurso. Na verdade, eles representam muito valor como elementos indispensáveis na estrutura das nossas sociedades, o que, em essência, se constitui num recurso muito mais valioso que o econômico.

De alguma maneira, a sociedade vem percebendo que nem todo idoso assumiu aquele antigo e ultrapassado paradigma de que o velho deve apenas esperar a morte chegar, lamentando suas doenças e vislumbrando sua contínua e irrevogável decrepitude e decadência.

Atualmente encontramos indivíduos idosos cada vez mais preservados cognitivamente e socialmente e conscientes das suas necessidades que nos convidam a abandonar de vez preconceitos e estereótipos em relação à passividade e ao conformismo atribuídos ao idoso até bem pouco tempo (Laham & Aranha, 2013)

Junior (2009a) percebe que o contingente de idosos no nosso país atualmente não é homogêneo:

A velhice contemporânea continua dividida entre dois polos distintos. O primeiro representado pela figura do aposentado ativo, que sabe envelhecer, capaz de aproveitar a vida e ainda ser útil à sociedade. No outro polo a velhice é apresentada pela decrepitude, dependência, estado em que a solidão e o isolamento seriam as marcas que a melhor representam. (p. 17)

Tolotti (2007) também compartilha do entendimento de que estamos diante de um novo idoso, com características diferenciadas e novas representações na sociedade:

Atualmente a sociedade se encontra no limiar do reconhecimento social dos idosos, fruto tanto de uma imagem construída através da participação em grupos intergeracionais, mais especificamente, grupos da terceira idade, pela recusa ao ostracismo e pelas poucas inserções na mídia. Sendo assim, coexistem duas imagens: uma tradicional do velho, algumas vezes respeitável, porém inativo, e outra, mais atual

com a ideia de um idoso dinâmico e participativo, muito embora a incidência da segunda visão seja infinitamente menor. (p.34)

É preciso entendermos melhor como funciona este idoso e vamos chama-lo de “idoso de bem com a velhice”. Ele é uma pessoa que insiste em continuar viva, atuante, pois acredita que ainda tem a contribuir com a sociedade. Ele se nega a submeter-se às velhas imagens das pessoas idosas formuladas pela juventude: inutilidade, afastamento, improdutividade, decrepitude, doença, morte. Citando o inspirado título da obra de Bertelli (Bertelli, 2006), o idoso de bem com a velhice é aquele que “não quer pijama”.

Basta observarmos com cuidado para visualizarmos o idoso de bem com a velhice em todas as partes. Ele é visto no trânsito, nos shoppings, nos mercados, nas feiras, nas empresas, nas escolas, nas universidades (até mesmo como ingressantes!), nas igrejas, nas sociedades de amigos de bairro e mercado de trabalho.

O livro “A Velhice”, de Simone de Beauvoir (1990), embora tenha sido escrito na década de 1970, em muitos aspectos, se mostra bem atual. A autora descreve a experiência do envelhecimento como algo deplorável e apresenta a sua impressão de desvalorização da velhice por ela observada à época. Lamentavelmente, em muitos aspectos, o mesmo protesto proposto por Beauvoir pode muito bem ser transposto para os dias atuais: a mesma desvalorização, o mesmo desprezo, a mesma percepção negativa dos sujeitos idosos por parte do todo da sociedade.

Diante disso, o idoso de bem com a velhice é insistente e marca a sua presença entre nós. Às vezes silenciosa, às vezes nem tanto, sua atuação pode ser percebida aqui e acolá, contrastando com um sem número de idosos que incorporaram o papel de inutilidade e improdutividade que tão bem combina com as representações sociais da velhice compartilhadas pela maior parte das pessoas do século XXI.

Possivelmente, os idosos de bem com a velhice ainda sejam minoria entre os idosos. Mas a atuação desta minoria já se faz perceber entre nós. Todos conhecemos o idoso que atua na política, que é sapateiro, engraxate, confeitaria, faxineira, advogado, médico, padre, pastor, construtor, poeta, artesão, entre tantas profissões e ocupações. De uma maneira ou de outra eles vão se infiltrando e deixando a sua contribuição, imprimindo sua história, a despeito do que pensam a respeito deles.

Talvez o que mais importa seja a maneira como eles se avaliam nesta etapa da vida. E podemos encontrar um número cada vez maior de idosos que fazem uma avaliação positiva da sua experiência de envelhecimento!

Assim, os idosos de bem com a velhice surgem no cenário social nos trazendo uma inquietação: o que faz com que eles encarem o envelhecimento de maneira satisfatória, marcando sua participação na sociedade, enquanto uma parte dos idosos se mantém paralisada e assume os piores aspectos da velha e negativa representação social da velhice? Quais características distinguem os idosos de bem com a velhice da maioria dos idosos?

Bosi (2012) argumenta que, porque perdeu a sua força de trabalho, o idoso não tem mais lugar na sociedade. Beauvoir (1990) classifica o idoso na sociedade de hoje como “improdutivo” e “minoritário”. O idoso de bem com a velhice, por sua vez, entende que a sua vida tem significados e a sua experiência, integração, atuações na sociedade e na família significam contribuição relevante para todos os que estão à sua volta, transformando a sua experiência de envelhecimento num valor muito mais relevante que aqueles associados apenas às questões econômicas que ditam as regras do mercado.

Mas o que fazem os idosos de bem com a velhice? Muitos ainda produzem riqueza, com o trabalho e a sua participação ativa no cenário econômico brasileiro, trabalhando nas empresas ou de forma autônoma, contribuindo diretamente para o enriquecimento do país e com o sustento de suas famílias (um número significativo de famílias brasileiras são sustentadas pela renda mensal proveniente da aposentadoria dos idosos) (BRASIL, 2013). E em 53% dos domicílios a renda dos idosos faz parte da composição da renda total familiar (Trench & Rosa, 2011).

Minayo (2011) informa que, já em 2004, estudos davam conta de que 87% dos idosos do sexo masculino no Brasil chefiavam famílias e 72,6% trabalhavam mais de quarenta horas semanais.

Outros tantos idosos de bem com a velhice já saíram do mercado de trabalho, mas continuam buscando formas de atuar significativamente na sociedade, seja no terceiro setor, seja nas instituições religiosas, seja no voluntariado.

E quantos idosos de bem com a velhice atuam de forma fundamental nas instituições hospitalares na condição de voluntários! Isso pode ser verificado em hospitais particulares inseridos nos grandes centros urbanos (como o Hospital A. C. Camargo -Hospital do Câncer, que conta com um corpo numeroso de voluntários idosos), como também em hospitais públicos da periferia (como o Hospital Geral do Grajaú, que também conta com um número importante de idosos que atuam como voluntários diretamente com pacientes, seja na contação de histórias, seja no corte de cabelo ou no acompanhamento de pacientes aos diversos setores do hospital).

Assim, pode-se concluir que, muitos idosos, mesmo aposentados e beneficiados pelo crédito mensal dos valores da aposentadoria, renunciam a ideia de acomodação e mero descanso e se lançam a algum trabalho, que pode servir para ocupar o tempo, para complementar a renda mensal, mas, acima de tudo, para atribuir significado à sua própria vida.

A esfera religiosa também há que ser considerada como campo produtivo do idoso. A maior parte do trabalho realizado por instituições religiosas no Brasil é realizada por idosos, seja nas igrejas católicas, protestantes ou em expressões religiosas como a umbanda ou o espiritismo. Muitos “ministérios” religiosos são ocupados por idosos e, direta ou indiretamente, beneficiam pessoas por meio do socorro nos momentos de dificuldades, oferecem conforto e uma possibilidade de relacionamento saudável no meio de uma sociedade cada vez mais fria e insensível.

Entre os idosos de bem com a velhice, muitos ficaram famosos como a conhecida “Palmirinha”, culinária que continua atuando nos canais televisivos. Mas quantos milhares de idosos atuam no anonimato, sem o destaque dos idosos que se tornaram celebridades?

O idoso de bem com a velhice é aquele que faz questão de ocupar o seu lugar na sociedade e é uma comprovação de que é possível romper com o paradigma das representações sociais antigas da velhice que ainda são veiculadas na sociedade atual.

Além de tudo, o idoso de bem com a velhice é marcado por sentimentos de esperança, confiança e integridade, que lhe conferem sentido à vida. Estas características permitem que ele vença os obstáculos próprios da velhice, especialmente as limitações físicas que se impõem no decorrer dos anos, e continue sua jornada de alargar horizontes e de viver experiências novas, transformando a idade avançada em seu maior valor.

2 A EXPERIÊNCIA DO ENVELHECIMENTO

“Aos noventa, nós acordamos num território estrangeiro”

Joan M. Erikson (sobre a sua experiência
de envelhecimento com Erik Erikson)

Envelhecer está entre as experiências humanas mais desafiadoras. A história do mundo, desde sempre, escreveu com tintas carregadas (e continua escrevendo) a experiência de envelhecer como uma vivência de crise e de importantes adaptações.

Num tempo em que a longevidade alcança índices nunca alcançados, está na pauta de todos os segmentos da sociedade atual o tema do envelhecimento, como se ele fosse um fenômeno novo! E, na verdade, da maneira como ele se configura atualmente, é mesmo um fenômeno novo, especialmente por conta do vertiginoso aumento da longevidade no nosso tempo.

Uma maneira de se perceber como o idoso é encarado a o longo do tempo é a forma como ele é retratado na literatura. Há muitos livros que discutem a questão do envelhecimento na literatura mundial. E o modo como os autores apresentam o idoso e a velhice pode ser um bom caminho para uma discussão do tema.

O cinema também nos apresenta filmes que retratam a questão do envelhecimento e pode ser uma excelente fonte de material para a discussão do envelhecimento.

Por fim, há registros históricos muito antigos que nos permitem fazer uma leitura do envelhecimento ao longo da história, desde tempos remotos, como os tempos bíblicos.

Nos dias atuais, há uma infinidade de artigos científicos e livros publicados que nos levam possibilitam fazer uma reflexão a respeito da experiência do envelhecimento nos dias atuais.

2.1 O envelhecimento na literatura e no cinema

A literatura, que nasce dos anseios e inquietações da sociedade, pode ser uma fonte rica de expressões do envelhecimento. Por ela é possível analisarmos diferentes maneiras como as pessoas, na figura dos seus personagens, lidam com o envelhecimento, como enfrentam e superam suas dificuldades ou encontram maneiras sublimes de

experimentá-lo. A literatura presenteia a humanidade com reflexões interessantíssimas a respeito da experiência do envelhecimento.

Ernest Hemingway, Prêmio Nobel de Literatura, em sua célebre obra “O Velho e o Mar”, de 1952, oferece ao leitor uma visão curiosa da vivência interna de um homem idoso que sofre com o preconceito e descrédito da sua sociedade. (Hemingway, 2003)

Hemingway descreve seu personagem, Santiago, dizendo que “tudo o que nele existia era velho, com exceção dos olhos que eram da cor do mar, alegres e indomáveis” (p. 7). Sua única amizade era a de um garoto, que lhe admirava e investia bastante tempo em sua companhia. Todas as outras pessoas da vila de pescadores onde morava o tinham como um velho fracassado e solitário.

De fato, o velho era solitário e ele mesmo assim se reconhecia. “Pessoas da minha idade nunca deveriam estar sozinhas”, disse para si mesmo sentindo saudade do amigo garoto, durante a pescaria que resignificaria a sua vida e sua posição no vilarejo (Hemingway, 2003), p.36).

O velho Santiago, no passado, fora um pescador produtivo e capaz. Mas há tempos não consegue pescar o suficiente sequer para o seu sustento. Na vila, era motivo de zombaria dos colegas, especialmente dos pescadores mais jovens. Nem por isso ele deixava de sair ao mar e fazer o seu trabalho.

Um dia Santiago saiu e não voltou no tempo previsto. Todos pensaram que ele havia se perdido na imensidão do oceano ou que algum acidente faria com que nunca mais fosse visto pisando em terra firme.

Mas depois de três dias tido como perdido no mar, seus colegas de trabalho vislumbraram o seu barco amanhecido na areia com uma carcaça de peixe de mais de cinco metros de comprimento amarrada à sua pequena embarcação.

A história retrata a admiração geral que foi experimentada pelos pescadores, mas não evidencia se, a partir daquele momento, o velho passou a ser considerado novamente como alguém competente e capaz no vilarejo. A história ressalta, isso sim, o fortalecimento da esperança do velho e da sua amizade com o garoto.

Hemingway nos brinda com um texto que muito bem configura a vivência da solidão muitas vezes experimentada pelos idosos, a falta de expectativa que as pessoas nutrem por aqueles que têm bastante idade, mas também salienta a possibilidade de resignificar-se nesta etapa da vida por meio do relacionamento significativo com as pessoas, ainda que seja com um garoto.

Santiago, o pescador, aniquilou o mito citado por Minayo (2011), e que povoa o imaginário social, em que o idoso é alguém descartável por não conseguir produzir com sua força de trabalho. O personagem exala a mensagem de que o seu valor está acima do que produz, ao mesmo tempo em que não pode ser taxado de incompetente apenas por ser idoso.

José Saramago, escritor português laureado com o Prêmio Nobel de Literatura, descreve magistralmente a experiência do envelhecimento na descrição e articulação do seu personagem Cipriano Algor, um idoso viúvo, pai de Marta, sua filha adulta, na obra intitulada “A Caverna”. (Saramago, 2000)

Cipriano era um idoso que trabalhava duro em sua própria olaria, de onde tirava, há décadas, seu sustento de forma digna. Toda a sua produção de louças era comprada antecipadamente pelos lojistas e ultimamente entregava o que produzia para apenas um comerciante, que cuidava de distribuir as louças para outros lojistas.

Numa daquelas manhãs rotineiras em que ele entregava ao seu único comprador o seu carregamento de pratos e canecas da mais pura e refinada louça, confeccionados nos fornos da sua renomada e antiquíssima olaria, Cipriano surpreendeu-se com a notícia de que já não se tinha interesse pelo seu produto, que caíram as vendas absurdamente e, por isso, comprariam dele apenas metade da sua produção, ainda sob o risco de devolvê-la caso continuasse encalhada nas prateleiras das lojas:

[Cipriano] dirigiu-se ao subchefe da recepção:

— Podes dizer-me o que é que fez que as vendas tivessem baixado tanto?

— Acho que foi o aparecimento aí de umas louças de plástico a imitar o barro. Imitam-no tão bem que parecem autênticas, com a vantagem de que pesam muito menos e são muito mais baratas...

— Não é razão para que se deixe de comprar as minhas! O barro sempre é o barro. É autêntico, é natural.

— Vá dizer isso aos clientes. Não quero afligi-lo, mas creio que a partir de agora a sua louça só interessará a colecionadores e esses são cada vez menos (Saramago, 2000).

Saramago ilustra como o idoso se espanta diante de um mundo que muda muito rapidamente. De repente, todos os seus valores já não servem mais à sociedade que ele ajudou a construir. Seu produto tornou-se, do dia pra noite, sem que ele ao menos desconfiasse, obsoleto. Seu trabalho já não serve mais. Talvez ele também não sirva.

Em “A Caverna”, Saramago mapeia de modo magistral o modo como o mundo avança em seu progresso e muitas vezes faz o idoso se sentir inadequado e impróprio. As

páginas do texto vão se seguindo e as angústias do idoso Cipriano Algor vão tomando cores, enquanto o personagem vai tentando se encontrar num mundo que mudou sem lhe mandar recado.

O progresso tão desejado pela humanidade impetrou em Cipriano uma enorme gama de dúvidas, agonias e desilusões: ele já não podia ser o oleiro que era há tanto tempo, desde que se conhecia por gente, e seu trabalho e o produto do seu trabalho já não tinham qualquer valor para as pessoas de agora.

No entanto, ao contrário do que ocorria com o velho Santiago descrito por Hemingway, Cipriano Algor recebia o suporte da sua filha e genro e não vivia a solidão de forma tão intensa. E sua família, ao final, foi essencial para que ele conseguisse se reorganizar e seguir adiante de alguma forma, mesmo sem compreender e perceber como o mundo mudou.

Oscar Wilde, importante escritor britânico, ilustra o sonho da humanidade de permanecer jovem, em seu livro “O Retrato de Dorian Gray” (Wilde, 2012).

Nesta obra, Wilde esboça a ideia da possibilidade de se driblar o envelhecimento e permanecer com o corpo jovem para sempre. Dorian Gray, jovem belo e vaidoso, pausa, por meses, como modelo de um pintor renomado, Hallward Basil. Ao final do trabalho, seu retrato pintado a óleo de forma magnífica o impressiona profundamente e ele se dá conta da sua própria sua beleza naquele momento, mas fica perturbado com a ideia de que, ao envelhecer, o viço da sua mocidade, a beleza da sua pele, os traços da juventude se perderão e ele passará a se sentir infeliz:

Depois de uns quinze minutos, Hallward parou de pintar, olhou por um bom tempo para Dorian Gray e depois por muito tempo para a pintura; e mordendo a ponta de um de seus enormes pincéis, sorriu. “Está completamente terminado”, ele exclamou, por fim, e inclinando-se, escreveu seu nome em pequenas letras bem vermelhas no canto esquerdo da tela.

“Meu caro amigo, eu lhe felicito efusivamente”, ele disse. “Senhor Gray, venha e olhe você mesmo”.

O rapaz pulou, como se despertado de algum sonho. “Está realmente terminado?”, ele murmurou, descendo da plataforma.

Dorian passou indiferentemente defronte ao seu retrato e voltou-se para ele. Quando o viu, recuou, e seu rosto corou de prazer por um momento. Um ar de alegria chegou-lhe aos olhos, como se ele se reconhecesse pela primeira vez. Ele permaneceu imóvel e maravilhado, pouco consciente de que Hallward falava com ele, mas não apreendia o significado de suas palavras. A sensação de sua própria beleza lhe viera como uma revelação. Ele nunca a sentira antes. Os elogios de Basil Hallward lhe pareciam ser

somente os encantadores exageros da amizade. Ele os ouvia, ria deles e os esquecia. Não haviam influenciado sua natureza. Então chegara lorde Henry, com sua estranha apologia sobre sua juventude e o seu terrível alerta sobre sua brevidade. Isso o eriçara naquele momento e agora, enquanto permanecia fitando à sombra de seu próprio encanto, a realidade plena da descrição relampejava através dele. Sim, haveria um dia quando seu rosto ficaria enrugado e decaído, seus olhos obscuros e sem cor, a graça de sua figura quebrada e disforme. O escarlate morreria em seus lábios e o ouro eliminado de seus cabelos. A vida que deveria fazer sua alma arruinaria seu corpo. Ele se tornaria ignóbil, horrível e rude.

Enquanto ele pensava nisso, uma aguda pontada de dor atingiu-lhe como uma faca e fez cada delicada fibra de sua natureza tremer. Seus olhos afundaram em ametistas e uma névoa de lágrimas veio até eles. Ele sentia como se uma mão de gelo tivesse pousado em seu coração.

“Você não gostou?”, exclamou Hallward por fim, um pouco incomodado pelo silêncio do rapaz, sem entender o que significava.

“Como isso é triste!”, murmurou Dorian Gray, com seus olhos ainda fixos em seu próprio retrato. “Como isso é triste! Deverei envelhecer, e ficar horrível e assustador. Mas este retrato sempre permanecerá jovem. Nunca ficará mais velho do que neste dia particular de junho... se fosse ao contrário! Se fosse como eu sempre ficar jovem e o retrato envelhecer! Por isto – por isto – eu daria qualquer coisa! Sim, não há nada em todo o mundo que eu não daria!”

Por quanto tempo gostará de mim? Até eu ter a primeira ruga, suponho. Sei, agora, que quando alguém perde a sua boa aparência, seja quem for, perde tudo. Seu retrato me ensinou isso. Lorde Henry está perfeitamente certo. A juventude é a única coisa que vale a pena ter. Quando eu me aperceber envelhecendo, matar-me-ei (Wilde, 2012).

Oscar Wilde nos premia com uma obra sensível e atual. Embora o envelhecimento seja resultado cada vez mais natural da experiência humana, cada vez mais comum e esperado, tendemos a pensar que melhor seria se ele não chegasse e se a juventude permanecesse para sempre. A juventude é sempre mais desejada que a velhice. Por isso, “O Retrato de Dorian Gray” brinca com a possibilidade de se fazer um pacto com o destino e permanecer, para sempre, jovem.

A história de Dorian Gray é uma metáfora da negação do envelhecimento. E ela termina em tragédia, pois não pode ter final feliz alguém que nega a sua própria trajetória. E o envelhecimento é parte bela e integrante da vida daqueles que são premiados com a longevidade. Visto sob o prisma da atualidade, o envelhecimento pode ser entendido como um prêmio, não como uma maldição, dadas as possibilidades de realização, crescimento pessoal e boas perspectivas nesta etapa da vida.

O cinema, a sétima arte, também nos encanta e surpreende com personagens que, das mais diversas maneiras, enfrentam o envelhecimento.

O filme argentino “Elsa e Fred” retrata o encontro mágico que ocorre entre duas pessoas de idade bem avançada. Contrariando a família, cada um deles se dedica ao outro de modo belo, o que transforma o filme numa experiência encantadora. (Carnevale, 2005)

Ambos são viúvos e com perfis muito diferentes. Fred, discreto e tímido. Elsa, espalhafatosa e audaciosa. Fred se muda para o prédio de Elsa e uma série de coincidências faz com eles se encontrem, formem sólida amizade e, por fim, degustem de uma belíssima vivência de amor.

O filme comunica a brevidade da vida, especialmente para os idosos, mas, em contraponto, apresenta a velhice como uma valiosa oportunidade de encontro, descobertas, magia e alegria.

Elsa era uma mulher de bastante idade e muito doente. No entanto, a personagem destrói o mito de que ser idoso é ser igualado à doença, consagrando-o a uma visão biológica desta fase da vida. Elsa tinha um câncer muito grave e a fim de romper com o paradigma de que o idoso deve viver centralizado nas suas doenças, ela ousou experimentar a alegria da vida.

Em 2015 o filme “Um Senhor Estagiário”, estrelando o renomado ator Robert de Niro, que interpreta Bem Whittaker, um idoso viúvo e aposentado. O filme oferece uma oportunidade de reflexão quanto à possibilidade da sociedade se beneficiar da experiência de vida do idoso.

Ao se candidatar para uma vaga de “estagiário sênior”, Ben Whittaker não imagina que sua vida tomaria rumo tão agradável e recompensador. Também não imaginam seus jovens colegas de trabalho que o recebem que alguém com tanta idade pudesse algo a contribuir numa empresa do ramo da moda.

O desenrolar do filme descortina a riqueza de se experimentar o envelhecimento na sociedade além do paradigma do conflito de gerações. Pelo contrário, fica evidente no enredo do filme, que a convivência entre pessoas de gerações diferentes pode fazer com que ganhem os jovens com a experiência dos idosos e ganhem os idosos com a possibilidade de crescimento e descobertas propostas pelo mundo tecnológico da atualidade.

Certamente, há uma infinidade de outros livros e filmes que ilustram a experiência do envelhecimento. Os que foram discutidos são apenas alguns exemplos que

apresentam o envelhecimento sob perspectivas atuais, pois os personagens podem ser identificados perfeitamente com os idosos de hoje e com os que fizeram parte desta pesquisa.

A solidão e o preconceito experimentados por Santiago continuam fazendo parte da vivência dos nossos idosos. O espanto e o sentimento de inadequação diante dos avanços tecnológicos vivenciados por Cipriano Algor também podem ser referidos pelos idosos que participaram desta pesquisa.

No entanto, também vislumbramos na sociedade a tentativa de negar o envelhecimento. Muitos investem grande soma de dinheiro com cirurgias plásticas e manobras cosméticas como uma forma de tentar apagar as marcas da velhice e fazer pacto com o destino de nunca parecer envelhecido, como fez Dorian Gray.

Contudo, cada vez mais encontramos idosos buscando oportunidades de inserção na sociedade como uma maneira de oferecer sua contribuição em forma de experiência, como ocorreu com Ben Whittaker. E também já vemos exemplos que partem de segmentos da sociedade querendo promover o encontro entre as gerações, propiciando aos mais jovens o enriquecimento do relacionamento saudável e produtivo com os idosos.

O personagem Ben Whittaker nos ajuda a quebrar o mito que, segundo Minayo (2011), está arraigado na população brasileira e que determina um lugar estereotipado para idoso: o lugar do recolhimento, da inatividade e da sua preocupação apenas em prevenir futuras doenças e intervir naquelas que já estão instaladas.

Em resumo, os livros e filmes discutidos nos comunicam algo especial: é possível viver o envelhecimento de muitas maneiras, positivas ou negativas, solitárias ou por relacionamentos, com angústia ou alegria, com esperança ou desespero, e isso depende de um conjunto de fatores, mas depende especialmente do modo como o próprio indivíduo encara esta etapa da vida e o significado que ele lhe atribui.

É preciso, como argumenta Debert (1999), revisar a nossa concepção da Psicologia do Desenvolvimento em que cada etapa periodizada tem um caráter universal de vivência, apesar das particularidades sociais, culturais e pessoais. É preciso rejeitar o mito da velhice como um fato homogêneo, que percebe os idosos como se todos fossem iguais (Minayo, 2011).

A literatura e o cinema nos apontam o que percebemos no dia a dia: que as pessoas vão atribuindo significados e encontrando soluções para as dificuldades do envelhecimento de acordo com as suas disponibilidades internas, possibilidades e experiências anteriores e que este processo não é exatamente uniforme.

2.2 O envelhecimento ao longo da história

O envelhecimento sempre se mostrou como um importante tema da humanidade e há documentos milenares que registram discussões sobre o tema. No entanto, não é tarefa simples empreender pesquisa histórica sobre o envelhecimento, uma vez que, possivelmente pela pouca importância que, na maioria das vezes, a sociedade sempre atribuiu ao idoso, encontra-se pouquíssima base bibliográfica segura para esta tarefa.

Simone de Beauvoir (1990) oferece em sua obra, que é tida como referência quando se discute envelhecimento, um levantamento histórico muito interessante sobre a velhice.

Textos de sociedades muito antigas, como a egípcia, por exemplo, servem de exemplo de como a velhice era tida como uma verdadeira desgraça:

Como é penoso o fim de um velho! Ele se enfraquece a cada dia; sua vista cansa, seus ouvidos tornam-se surdos; sua força declina; seu coração não tem mais repouso; sua boca torna-se silenciosa e não fala mais. Suas faculdades intelectuais diminuem e lhe é impossível lembrar-se hoje do que aconteceu ontem. Todos os seus ossos doem. As ocupações que até recentemente causavam prazer só se realizam com dificuldade, e o sentido do paladar desaparece. A velhice é o pior dos infortúnios que pode afligir um homem (Beauvoir, 1990, p. 114).

Estudando as civilizações e qual o lugar que o idoso ocupava em cada uma delas, Beauvoir (1990) ressalta a China antiga como o país que historicamente reservou ao idoso um lugar tanto de destaque como de respeito.

Fosse o idoso homem ou mulher, toda a sociedade o respeitava, dentro e fora dos limites da família, como também no comércio ou em outras esferas da sociedade.

Contudo, os idosos eram pouco numerosos, uma vez que as circunstâncias e condições não favoreciam a longevidade. Por isso, 60 anos era um termo para que o homem se liberasse dos afazeres e passasse a se concentrar em atividades exclusivamente espirituais, a fim de se tornar um santo. Associava-se a santidade à arte de não morrer, à arte de assumir a absoluta posse da vida, sendo que a velhice era a vida sob sua forma mais suprema.

Segundo Santos (2001), Lao-Tsé, o filósofo e historiador chinês que viveu entre os anos 604 e 531 a. C., nutria uma verdadeira veneração ao idoso. Para ele, a velhice era um momento supremo, de alcance espiritual máximo, e, quando alguém completava sessenta anos de idade atingia tamanho estado de superação que podia se libertar do seu próprio corpo e tornar-se um santo.

Também no Japão os idosos são historicamente respeitados. Na mitologia Oriental, o deus Inari, deus do arroz e do alimento, é representado como um ancião de barbas brancas. Assim, o idoso desde sempre ocupou o imaginário da cultura japonesa.

O povo judeu é conhecido como aquele que, entre os povos antigos, se destaca pelo respeito e valorização do idoso. Este respeito pode ser observado nas páginas da Bíblia. A Bíblia, especialmente o Antigo Testamento, é um livro que registra o surgimento e a trajetória do crescimento do povo hebreu e se apresenta como uma fonte importante de informações sobre a sua cultura, costumes e valores.

Os idosos eram respeitados pelo seu conhecimento e sabedoria. Os idosos eram desejados e não costumava ser tida como abençoada a família que não tivesse um idoso (Kaufman, 2012).

No livro de Levíticos encontra-se a ordem de se respeitar inquestionavelmente o idoso: *“Fiquem de pé na presença das pessoas idosas e as tratem com todo o respeito; e honrem a mim, o Deus de vocês. Eu sou o SENHOR”* (Bíblia, Livro de Levíticos 19:32 – Nova Tradução na Linguagem de Hoje). Acreditava-se que o idoso merecia o temor que se deve a Deus!

Outros textos bíblicos do Antigo Testamento atestam a convicção do povo judeu de que os idosos possuem sabedoria e prudência: *“O que sabemos nós aprendemos com pessoas idosas, que nasceram antes do seu pai”* (Jó 15:10); *“Os velhos são sábios, pois a idade traz a compreensão”* (Jó 12:12).

Além disso, entre os judeus se acreditava que os idosos podiam ser produtivos:

Os bons florescem como as palmeiras; eles crescem como os cedros dos montes Líbanos. Eles são como árvores plantadas na casa do SENHOR, que florescem nos pátios do Templo do nosso Deus. Na velhice, eles ainda produzem frutos; são sempre fortes e cheios de vida (Salmo 92 12-14).

A velhice surge no Antigo Testamento como prêmio à obediência das pessoas aos princípios de Deus: *“Assim vocês e os seus descendentes viverão muitos anos na terra que o SENHOR Deus jurou dar aos nossos antepassados. Enquanto o mundo existir, vocês viverão naquela terra”* (Deuteronômio 11:21).

No Decálogo (lista de dez mandamentos que, segundo o relato bíblico, Deus entregou ao povo de Israel, através de Moisés, como regra de conduta moral), atitudes simples, como honrar pai e mãe, também garantem longevidade: *“Respeite o seu pai e a sua mãe, para que você viva muito tempo na terra que estou lhe dando”* (Êxodo 20:12).

A literatura bíblica sapiencial¹, poética, está cheia de textos que valorizam o idoso, identificando-o pelos seus cabelos brancos: “*A beleza dos jovens está na sua força, e o enfeite dos velhos são os seus cabelos brancos*” (Provérbios 20:29).

Na história de Israel, a valorização do idoso não se restringe ao gênero masculino. As mulheres idosas também deveriam ser respeitadas e os seus filhos eram sua maior riqueza. Assim, na história bíblica algumas mulheres idosas são agraciadas por Deus com a restituição da capacidade reprodutiva. É o caso de Sara, mulher de Abraão, o patriarca do povo de Israel, que, mesmo muito idosa, gerou uma criança que garantiu a continuidade, a descendência do povo. O mesmo aconteceu com Isabel, mãe de João Batista, primo de Jesus, que também foi gerado na velhice de sua mãe. Assim, a Bíblia exalta a idosa que reproduziu e deixou a condição de escárnio da esterilidade.

Apenas no livro de Eclesiastes é que encontramos um texto que parece associar a velhice à doença e à decadência ao final da vida. No entanto, este texto é escrito como um convite ao povo a se aproximar de Deus.

Eclesiastes é um livro que não tem identificado o seu autor e foi incluído na Bíblia especialmente por compor o conjunto de livros poéticos e sapienciais. O texto de Eclesiastes, embora apresente o idoso na sua condição mais desfavorável, não tem em seu teor um conteúdo que o desvalorize ou o ridicularize. Aparentemente, o texto tem uma função de lembrar a todos, especialmente aos jovens, a brevidade da vida, o que, aliás, é um dos temas importantes do livro de Eclesiastes:

Lembre do seu Criador enquanto você ainda é jovem, antes que venham os dias maus e cheguem os anos em que você dirá: ‘Não tenho mais prazer na vida’. Lembre dele antes que chegue o tempo em que você achará que a luz do sol, da lua e das estrelas perdeu o seu brilho e que as nuvens de chuva nunca vão embora. Então os seus braços, que sempre o defenderam, começarão a tremer, e as suas pernas, que agora são fortes, ficarão fracas. Os seus dentes cairão, e sobrarão tão poucos, que você não conseguirá mastigar a sua comida. A sua vista ficará tão fraca, que você não poderá mais ver as coisas claramente. Você ficará surdo e não poderá ouvir o barulho da rua. Você quase não conseguirá ouvir o moinho moendo ou a música tocando. E levantará cedo, quando os passarinhos começam a cantar. Então você terá medo de lugares altos, e até caminhar será perigoso. Os seus cabelos ficarão brancos, e você perderá o gosto pelas coisas. Nós estaremos caminhando para o nosso último descanso; e, quando isso acontecer, haverá gente chorando por nossa causa nas ruas. A vida vai se acabar como uma lamparina de ouro cai e quebra, quando a sua corrente de prata se arreventa, ou como um pote de barro se despedaça quando a corda do poço se parte.

¹ Por “Literatura Sapiencial” entende-se o conjunto de livros da Bíblia que contém material poético e de sabedoria, a saber: Jó, Salmos, Provérbios, Eclesiastes e Cantares de Salomão.

Então o nosso corpo voltará para o pó da terra, de onde veio, e o nosso espírito voltará para Deus, que o deu (Eclesiastes 12:1-7).

Juntamente com o texto de Eclesiastes, o livro de Salmos inclui uma oração de Moisés em que ele também faz uma reflexão a respeito da brevidade da vida, circunscrevendo a velhice a partir dos 70 anos: “*A nossa vida termina como um sopro. Só vivemos uns setenta anos, e os mais fortes chegam aos oitenta, mas esses anos só trazem canseira e aflições. A vida passa logo, e nós desaparecemos*” (Salmos 90:9-10).

Textos da Grécia Antiga também fazem referência aos idosos. Hipócrates, filósofo grego contemporâneo de Sócrates e conhecido como o pai da medicina, cinco séculos antes de Cristo já incluía a velhice nas suas discussões sobre a saúde. Partindo da teoria pitagórica dos quatro humores, o pai da medicina acreditava que toda doença podia se traduzir pela ruptura do equilíbrio entre eles e a velhice também era o resultado deste mesmo desequilíbrio.

Olhando a vida como um todo, Hipócrates a classifica em quatro estações, referindo-se às quatro estações do ano, e associa a velhice ao inverno (Beauvoir, 1990).

Na Grécia antiga, há referência de que os idosos ocupavam o centro do poder. Os “Gerontes”, os que compunham o senado em Esparta, obrigatoriamente eram maiores de 60 anos, que, para a época, eram muitos idosos, dada a expectativa de vida daqueles tempos.

Porém, com o tempo, mesmo na Grécia a velhice foi sendo rechaçada pela juventude. Alguns pensadores, como Sófocles, por exemplo, detestavam a velhice: “*Quando se é velho a razão se extingue, a ação torna-se inútil e se tem vãs preocupações*” (Beauvoir, 1990, p. 127).

Os filósofos se dividem quanto ao lugar que devem ocupar os idosos na sociedade. Platão entende que a *polis* deve incluir e privilegiar o idoso pela sua sabedoria: “Os idosos devem mandar e os jovens obedecer”. Aos oitenta anos, Platão, em seu texto “as Leis”, escreveu: “*Não podemos possuir nenhum objeto de culto mais digno de respeito do que um pai ou um avô, uma mãe ou uma avó oprimidos pela velhice*” (Beauvoir, 1990, p. 135).

Aristóteles, por sua vez, tinha opinião diametralmente contrária à de Platão e envidou esforços para afastar os idosos dos cargos de poder da polis, por entender que eles estavam “enfraquecidos”. Assim ele justifica o afastamento dos idosos dos cargos de poder:

Porque viveram inúmeros anos, porque muitas vezes foram enganados, porque cometeram erros, por que as coisas humanas são, quase sempre, más, os velhos não têm segurança em nada, e seu desempenho em tudo está manifestamente aquém do que seria necessário (Beauvoir, 1990, p. 137).

Entre os romanos, os idosos foram venerados e somente se poderia chegar aos altos cargos da magistratura na velhice. O poder dos idosos sobre a família era absoluto, ao ponto de, na ocasião em que um jovem se decide casar, se exigia a autorização não apenas do pai, mas também do avô se ele estivesse vivo.

Cícero, orador, advogado e escritor italiano, era um árduo defensor da atuação dos idosos na sociedade romana. Ele viveu entre 106 e 44 antes de Cristo.

Aos oitenta e quatro anos, Cícero produziu sua obra “Saber Envelhecer” (Cícero, 1997), e se postou como um apologista da velhice, refutando quatro razões que as pessoas apontam para entenderem a velhice como detestável: “1) Ela nos afastaria da vida ativa; 2) Ela enfraqueceria nosso corpo; 3) Ela nos privaria dos melhores prazeres; e, 4) Ela nos aproxima da morte” (pp. 18-19).

O texto passa então a discutir a velhice a partir dos seus aspectos positivos em relação às outras fases da vida, apresentando para cada um dos problemas que a tornariam detestável, uma resposta a favor da velhice. Antes de se posicionar a respeito de cada um dos argumentos, Cícero assim defende a velhice:

Em verdade, se a velhice não está incumbida das mesmas tarefas da juventude, seguramente ela faz mais e melhor. Não são nem a força, nem a agilidade física, nem a rapidez que autorizam as grandes façanhas; são outras qualidades, como a sabedoria, a clarividência, o discernimento. Qualidade das quais a velhice não só não está privada, mas, ao contrário, pode muito especialmente se valer. (pp. 20-21)

Quanto ao primeiro argumento, o de que a velhice resultaria no afastamento da vida ativa, Cícero menciona inúmeros exemplos de idosos que foram ativos até o final da vida, independentemente da idade.

Ele rebate o argumento de que a velhice leva à fraqueza do corpo afirmando que esta é uma questão de saúde e não de idade. Para reforçar seu argumento ele menciona no texto Ápio Cláudio, o cego, que foi duas vezes cônsul, além de ditador e censor em 312 antes de Cristo e que é conhecido como a primeira grande personalidade romana. Ápio, na descrição de Cícero, manteve sua autoridade de idoso, apesar de cego:

A velhice só é honrada na medida em que resiste, afirma seu direito, não deixa ninguém roubar-lhe o poder e conserva sua ascendência sobre os familiares até o último suspiro. Gosto de descobrir o verdor num velho e sinais de velhice num adolescente. Aquele que compreender isso envelhecerá talvez em seu corpo, jamais em seu espírito. (p. 34)

Sobre o argumento de que a velhice é ruim por nos afastar do prazer, Cícero progride numa discussão marcada por elementos morais, defendendo que aquilo que chamam

de “prazer”, na verdade, é tudo o que prejudica a sociedade e que a velhice, neste sentido, é a salvaguarda da razão e da ordem:

Se o bom senso e a sabedoria não são suficientes para nos manter afastados da devassidão, cumpre agradecer também à velhice por nos livrar dessa deplorável paixão. A volúpia corrompe o julgamento, perturba a razão, turva os olhos do espírito, se posso me exprimir assim, e nada tem a ver com a virtude. (p. 37)

O último argumento, a aproximação da morte, é refutado por Cícero quando ele afirma que a morte não é coisa de velho, mas assola tanto crianças, jovens, adultos e também os idosos.

Ademais, argumenta que a morte, na velhice, assume uma nova configuração, muito mais branda e coerente:

Que há de mais natural para um velho que a perspectiva de morrer? Quando a morte golpeia a juventude, a natureza resiste e se rebela. Assim, como a morte de um adolescente me faz pensar numa chama viva apagada sob um jato d’água, a de um velho se assemelha a um fogo que suavemente se extingue. (p. 57)

A natureza fixa os limites convenientes da vida como de qualquer outra coisa. Quanto à velhice, em suma, ela é cena final dessa peça que constitui a existência. (p. 67)

O que naturalmente se pode depreender de toda a discussão proposta por Cícero é que, neste tempo, já havia uma disputa, ainda que velada, entre adultos jovens e idosos no meio dos romanos.

Na Idade Média, o idoso tem um papel secundário. Com o feudalismo, os jovens, marcados pelo vigor e pela força, são valorizados, pois deverão proteger e defender o feudo com o uso da espada.

No século X, a predominância da agricultura familiar na Europa foi, progressivamente, enfraquecendo o papel do idoso na família:

Nos meios rurais, se o pai pretendia manter sua autoridade, os jovens insurgiam-se contra ele. Havia frequentes disputas. Muitas vezes, o filho deixava o lar paterno. Mas na maior parte dos países da Europa, e notadamente na Inglaterra, o pai era suplantado pelo filho na chefia da casa. Chegando a certa idade, fraco demais para trabalhar na terra, ele cedia ao filho mais velho. (...) O pai era destituído de seus bens e frequentemente muito mal tratado pelos seus herdeiros. (...) Os velhos eram reduzidos à mendicância que, por falta de outros recursos, foi mais tolerada naquela época do que em qualquer outra.

A situação dos velhos, em todos os setores da sociedade, aparece, portanto, como extremamente desfavorecida. Tanto entre os nobres, quanto entre os camponeses, a força física prevalecia: os fracos não tinham lugar (Beauvoir, 1990, p. 162).

Com o passar dos anos na Idade Média, a situação do idoso não sofreu nenhuma modificação para melhor. No século XVI, com o evento da Renascença, o idoso passa a ser associado ao inútil, ao feio, ao contraponto do belo, num tempo em que a estética assume um lugar predominante:

A Idade Média desprezava o farrapo humano: julgava-o particularmente repugnante entre as pessoas idosas. A Renascença exalta a beleza do corpo: o da mulher era posto nas nuvens. A feiúra dos velhos só pode parecer mais detestável ainda” (Beauvoir, 1990, p. 183).

Beauvoir (1990) argumenta que, no século XVII, o puritanismo imprimiu esforços para adaptar o cristianismo a uma sociedade industrial, capitalista e competitiva, fazendo valer o bordão: “*quem não trabalha, não come*”. Os idosos, neste tempo marcados pela miséria, padeceram duramente.

Nesta época, apenas entre a burguesia os idosos foram valorizados. O avô entre os burgueses era idealizado como símbolo da família e muito respeitado.

No século XVIII, a humanidade descobriria os benefícios de se cuidar da higiene, e, graças a isso, a população cresce e rejuvenesce, diminuindo significativamente os índices de mortalidade entre jovens.

Assim, se eram raríssimos antes da metade do século XVIII, a partir de 1750 os idosos acima de 80 anos se multiplicaram. No entanto, a maioria da população experimentava a pobreza e a miséria e, à medida que os explorados conseguiam chegar até a uma idade avançada, eram então condenados à indigência.

Ao chegar ao século XIX, toda a sociedade europeia experimenta situações novas que, pelo menos num primeiro momento, vão influenciar positivamente a vida dos idosos:

No século XIX, a Europa se transforma: as mudanças que ali se produzem têm influência considerável na condição dos velhos e na ideia que a sociedade faz da velhice. O primeiro fato que é preciso notar é que, em todos os países, produz-se um extraordinário impulso demográfico: a população europeia contava, em 1800, com 187 milhões de indivíduos; passa para 266 milhões em 1850, a 300 milhões em 1870. Resulta que, pelo menos em certas classes da sociedade, o número de velhos aumenta. Este crescimento, ligado ao progresso da ciência, leva a substituir os mitos da velhice por um verdadeiro conhecimento; e este saber permite à medicina tratar das pessoas idosas e curá-las” (Beauvoir, 1990, p. 235).

O leitor é levado a pensar, a partir do parágrafo acima, que para os idosos, de um modo geral, as mudanças ocorridas na Europa tenham sido positivas. Mas não foi isso que

aconteceu. Embora a Europa tenha experimentado uma evolução econômica importante com a revolução industrial, o que se traduziu por um grande desenvolvimento urbano e a consequente desvalorização do ambiente rural, os idosos são, na verdade, as maiores vítimas de toda esta mudança social.

Com a migração de milhões de indivíduos para as cidades, nasce na Europa uma nova classe, chamada “proletariado”. O proletariado aumenta com a concentração de pessoas nas cidades em função da revolução industrial, na mesma proporção em que o trabalho e o valor do trabalho no campo sofre queda, tornando a vida no campo insuportável e obrigando milhões de pessoas a migrarem para os centros urbanos.

Os idosos, ambientados no meio rural, eram descartados nos centros urbanos, preteridos pelos jovens, pelos que tinham força e vigor para atuar nas condições tão desfavoráveis que se apresentavam no início da revolução industrial:

As transformações foram nefastas para os velhos. Nunca, na França e na Inglaterra, a condição deles foi tão cruel quanto na metade do século XIX. O trabalho não era protegido; homens, mulheres e crianças eram impiedosamente explorados. Ao envelhecerem, os operários ficavam incapazes de suportar o ritmo de trabalho. A revolução industrial realizou-se à custa de um incrível desperdício de material humano (Beauvoir, 1990, p. 237).

Na Europa rural, especialmente na França, durante todo o século XIX, o sustento em muitas famílias continuava vindo do trabalho no campo. No entanto, se o pai idoso era suficientemente forte para trabalhar, ele continuava a exercer autoridade sobre os filhos. Se ao envelhecer não tinha conseguido poupar valores significativos que lhe permitisse pagar por mão de obra estranha à família, invariavelmente ficava à mercê dos filhos, que também já estavam experimentando a miséria e não podiam sustentar os seus idosos que lhes representavam apenas um peso. O resultado desta situação era inevitável: despejar os idosos em asilos, onde passavam a viver o abandono!

A partir de então, adentrando ao século XX, os idosos vão sendo cada vez mais desvalorizados. Se em tempos antigos o valor da experiência dos idosos era determinante para que eles fossem entendidos como necessários à sociedade, este valor passou a ser cada vez mais ignorado em todos os estratos sociais.

No século XXI, porém, a discussão do lugar do idoso na sociedade vai tomando outros contornos. O advento da aposentadoria remunerada transformou o idoso num personagem valorizado e que passou a ser visto com olhares mais benevolentes.

Porém, a discussão sobre como o idoso é visto na sociedade atualmente é dividida. Muitos entendem que ele recebe o mesmo desprezo e desvalorização que historicamente se observou. Outros nutrem uma visão mais positiva do lugar do idoso na sociedade nos dias de hoje.

Num tempo em que o número de idosos cresce no mundo inteiro, o interesse por pelos idosos não cresce na mesma proporção. As pesquisas científicas ainda se ocupam pouco com o tema da velhice e somente a partir da última década é que se passou a entender que a velhice deveria ser objeto de estudo tanto quanto a infância.

O minúsculo investimento que os governos brasileiros fazem para promover uma política nacional de cuidado e amparo ao idoso pode ser um indício de que, mesmo diante de toda a mudança no desenho demográfico no nosso país, o idoso ainda não recebe toda a atenção que merece. Exemplo disso é que há apenas pouco mais de vinte anos é que o Brasil passou a desenvolver leis e programas de proteção ao idoso. O Estatuto do Idoso, por exemplo, surgiu a menos de quinze anos.

Rodrigues (2001) denuncia que apesar de ser muito recente a preocupação de investimentos governamentais voltados ao público idoso do Brasil, eles são poucos, escassos, insuficientes, e, sofrem de falta de continuidade.

Hendricks (2005), discutindo o tema na sociedade americana atual, vê com igual preocupação a maneira como seus compatriotas encaram o fenômeno do envelhecimento:

Somos cidadãos de uma nação de idosos. O problema da velhice, assim denominando, não diz respeito apenas ao idoso. Ele representa um descaso, um menosprezo em nosso mundo para com qualquer pessoa que seja fraca. Pode-se sempre predizer a queda de uma cultura pelo modo como trata suas crianças e seus idosos, e nós estamos maltratando a ambos. Atualmente os Institutos Nacionais de Saúde gastam menos que um décimo de um por cento do seu orçamento em pesquisa geriátrica. (p. 17)

O clássico texto de Beauvoir (1970), “A Velhice”, embora seja referência para o tema do envelhecimento, é extremamente negativo quanto ao modo como o idoso é tratado e valorizado na sociedade.

E Simone de Beauvoir tem muitos seguidores até nos dias atuais: muitos concordam plenamente com ela e afirmam que a sua descrição do que ocorria com o idoso na década de setenta pode ser perfeitamente aplicada ao mundo moderno.

Em sua visão pessimista quanto à experiência do envelhecimento na sociedade, Simone de Beauvoir entende que a tecnologia que passou a ditar os rumos da sociedade e que caminha a passos largos nas inovações, implementou um sentimento de descrédito da capacidade do idoso em acompanhá-las:

A sociedade tecnocrática de hoje não crê que, com o passar dos anos, o saber se acumula, mas sim que acabe perecendo. A idade acarreta uma desqualificação. São os valores da juventude que são apreciados (Beauvoir, 1990, p. 257).

Para ela, numa sociedade marcada pela produção e que valoriza acima de tudo aquilo que se pode produzir, o jovem é sempre valorizado em detrimento do idoso, que é visto como alguém ultrapassado e até mesmo indesejado. O idoso passa a ser visto como anormal onde a juventude predomina e se afirma como padrão de normalidade.

Assim, mesmo com o crescimento do número de idosos (idosos saudáveis, na maioria das vezes) inseridos na sociedade, predomina a tendência de observá-los sob o prisma das pessoas mais jovens, como se a juventude fosse algo “normal” e a velhice, “anormal”.

Elias (2001), compartilha das ideias de Beauvoir e, confirmando a ocorrência deste fenômeno, assim se pronuncia:

Que as pessoas se tornem diferentes quando envelhecem é muitas vezes visto, embora involuntariamente, como um desvio da norma social. Os outros grupos, de “idade normal”, muitas vezes têm dificuldades em colocar no lugar dos mais velhos na experiência de envelhecer – o que é compreensível. Pois a maioria das pessoas mais jovens não tem uma base de experiência própria para imaginar o que ocorre quando o tecido muscular endurece gradualmente, ficando às vezes flácido, quando as juntas enrijecem e a renovação das células se torna mais lenta. Os processos fisiológicos são bem conhecidos pela ciência e parcialmente compreendidos. Há extensa literatura sobre o tema. Muito menos compreendida, e menos abordada na literatura, é a própria experiência do envelhecimento. (...) A identificação com os velhos e os moribundos compreensivelmente coloca dificuldades especiais para as pessoas de outras faixas etárias. Consciente ou inconscientemente, elas resistem à ideia de seu próprio envelhecimento e morte tanto quanto possível. (p. 80)

A história nos apresenta exemplos em que a vida na sociedade é gerenciada ora por adultos jovens, ora por idosos, embora o caso dos idosos assumirem os rumos da sociedade não seja a regra geral. A Grécia antiga é um dos poucos exemplos de sociedade em que a gestão está nas mãos dos idosos.

Goldani (2010) denuncia o que ela considera um grave problema social no Brasil: o preconceito etário. Segundo ela, há no Brasil uma veneração da juventude em

detrimento dos idosos, tornando o envelhecimento sinônimo de vergonha, ridículo e de desgosto.

Segundo von Simson (2003), o termo “ageismo” foi criado como um neologismo para nomear os preconceitos que resultam de falsas crenças a respeito dos idosos e cujo efeito é a discriminação social baseada no critério de idade. Ele se transforma em algo similar à intolerância racial, religiosa ou sexual, gerando práticas segregacionistas e tratamento desigual aos idosos.

Beauvoir (1990) chega a argumentar que o idoso é desprotegido porque ele é vítima dos jovens, que pensam e decidem como jovens, deixando os idosos sempre num segundo plano:

O problema do negro é um problema dos brancos; o da mulher, um problema masculino: entretanto ela luta para conquistar a igualdade e os negros se batem contra a opressão. Os velhos não têm arma nenhuma e seu problema é estritamente um problema de adultos ativos. Eles decidem de acordo com seu próprio interesse, prático e ideológico, sobre o papel que convém conferir aos anciãos (Beauvoir, 1990, p. 110).

Historicamente, os idosos sempre foram minoria. Assim, por ser minoria, sempre foram vitimados pelas decisões da maioria, maioria invariavelmente jovem! Certamente os dias atuais se configuram no primeiro momento da história da humanidade em que se vislumbra a possibilidade iminente de o idoso ser a maioria nas sociedades, tanto nos estratos sociais mais pobres, quanto entre os mais ricos.

Resumindo sua avaliação histórica da velhice, Simone de Beauvoir (1990) entende que os idosos foram sempre manobrados segundo as conveniências de cada época, sempre manipulados utilitariamente:

Minoritários, improdutivos, o destino deles dependeu dos interesses da maioria ativa. Quando esta desejava evitar entre seus membros rivalidades hierárquicas ou manter a ordem estabelecida, convinha-lhe escolher, como intermediários, árbitros, ou representantes dos homens de uma espécie diferente, e cuja autoridade ninguém questionava: os velhos eram inteiramente indicados. (...) A velhice foi poderosa na China hierárquica e repetitiva, assim como em Esparta, nas oligarquias gregas, e em Roma, até o século II antes de Cristo. (p. 263)

Atualmente, a situação do idoso é vista com bastante preocupação por muitos autores. Na verdade, há quem entenda que a situação do idoso na atualidade é tão ruim ou pior que a de tempos antigos.

Marilena Chauí (1979) entende o idoso sob o prisma da opressão social, percebendo-o como uma das classes desfavorecidas do nosso tempo. Assim, ela assinala que ser idoso nos tempos de hoje significa um desafio existencial de se manter digno:

Que é ser velho? Pergunta você. E responde: em nossa sociedade ser velho é lutar para continuar sendo homem.

Como se realiza a opressão da velhice? De múltiplas maneiras, algumas explicitamente brutais, outras tacitamente permitidas. Oprime-se o velho por meio de mecanismos institucionais visíveis (a burocracia da aposentadoria e dos asilos), por mecanismos psicológicos sutis e quase invisíveis (a tutela, a recusa do diálogo e da reciprocidade que forçam o velho a comportamentos repetitivos e monótonos, a tolerância de má-fé que, na realidade, é banimento e discriminação), por mecanismos técnicos (as próteses e a precariedade existencial daqueles que não podem adquiri-las), por mecanismos científicos (as ‘pesquisas’ que demonstram a incapacidade e a incompetência sociais do velho).

Que é, pois, ser velho na sociedade capitalista? É sobreviver. (p. 18)

Estamos num tempo em que a produção e o ativismo fazem parte integrante da vida. O idoso é percebido por alguns como um problema, especialmente porque se imagina que ele é improdutivo. Assim, a sociedade o coloca à parte das suas discussões e decisões, uma vez que ele já não participa mais do processo de produção social e tecnológica sociais. Simone de Beauvoir (1990) indica que esta possa ser a gênese do preconceito e da segregação social do idoso:

O velho – salvo exceções – não *faz* mais nada. Ele é definido como uma *exis*, e não por uma *práxis*. O tempo o conduz a um fim – a morte – que não é o seu *fim*, que não foi estabelecido por um projeto. E é por isso que o velho aparece aos indivíduos ativos como uma “espécie estranha”, na qual eles não se reconhecem. Eu disse que a velhice inspira uma repugnância biológica; por uma espécie de autodefesa, nós a rejeitamos para longe de nós; mas essa exclusão só é possível porque a cumplicidade de princípio com todo empreendimento não conta mais no caso da velhice. (p. 266)

Goldenberg (2014), apresentando as contribuições que Simone de Beauvoir trouxe à discussão do envelhecimento, contextualiza o pensamento da autora e assim se posiciona:

“Simone de Beauvoir analisa os ganhos e as perdas da velhice, sendo as perdas muito mais significativas que os ganhos. (...) O homem, quando se aposenta, perde uma das suas principais fontes de construção e valorização da identidade masculina: o trabalho. Ao se retirar do mundo profissional, ele provoca um problema no espaço doméstico, antes dominado pela esposa e pelos filhos. Os filhos podem perder a figura de um pai ativo e ganhar a presença incômoda de um pai aposentado em casa. (p.10)

No entanto, vivemos num tempo em que a todo o momento se fala do “respeito” como ponto de partida em relação aos idosos. Mas este respeito é muito relativo. Claramente o idoso é relegado a um “respeitoso” segundo plano. Segundo Bosi (2012), trata-se de um respeito apenas nominal, exterior, pois a lógica social é de exclusão e de rejeição, devido ao fato de que ele já não participa do processo produtivo:

A sociedade rejeita o velho, não oferece nenhuma sobrevivência à sua obra. Perdendo a força de trabalho ele já não é produtor nem reprodutor. Se a posse, a propriedade, constituem, segundo Sartre, uma defesa contra o outro, o velho de uma classe favorecida defende-se pela acumulação de bens. Suas propriedades o defendem da desvalorização de sua pessoa. O velho não participa da produção, não *faz* nada: deve ser tutelado como um menor. (...) a moral oficial prega o respeito ao velho mas quer convencê-lo a ceder seu lugar aos jovens, afastá-lo delicada mas firmemente dos postos de direção. Que ele nos poupe dos seus conselhos e se resigne a um papel passivo (Bosi, 2012, p. 78).

Além da exclusão e da rejeição, Ecléa Bosi (2012) demonstra categoricamente como nossa sociedade tem negligenciado o idoso e como a sua lógica o prejudica:

Além de ser um destino do indivíduo, a velhice é uma categoria social. Tem um estatuto contingente, pois cada sociedade vive de forma diferente o declínio biológico do homem. A sociedade industrial é maléfica para a velhice. (p. 77)

A lógica social atual, na maior parte dos casos e especialmente nas camadas menos favorecidas da sociedade, leva o idoso a uma condição de dependência dos adultos produtivos. Mas esta dependência é mascarada por um aparente respeito. Simone de Beauvoir (1990) confirmando o *status* de rejeitado e de alvo da negligência a que se submetem os idosos do nosso tempo, também desmascara o pretenso “respeito” que a sociedade quer demonstrar (respeito que, na verdade, está a serviço da repressão e do afastamento do idoso das decisões tomadas pela sociedade):

“É de maneira dissimulada que o adulto tiraniza o velho que depende dele. Não usa abertamente dar-lhe ordens, pois não tem direito à sua obediência: evita atacá-lo de frente, manobra-o. Na verdade, alega o interesse do ancião. A família inteira se torna cúmplice. Mina-se a resistência do ancião, oprimindo-o com cuidados exagerados que o paralisam, tratando-o com uma benevolência irônica, falando-lhe em linguagem infantil, e até mesmo trocando, por trás dele, olhares de entendimento, e deixando escapar palavras ferinas” (Beauvoir, 1990, p. 268).

O desrespeito e a desvalorização do idoso são observados nos pequenos detalhes no cotidiano. O tratamento que oferecemos ao idoso enquanto sociedade é diferente daquele que dispensamos a outros segmentos da sociedade, como as crianças, por exemplo.

Arruda (2012) assim descreve, com muita propriedade, a maneira sutil como os idosos são tratados:

Se observarmos bem de perto, porém, observaremos que os idosos acabam esperando o ônibus mais tempo se ninguém mais fizer sinal para ele parar; que ao subir, correm o risco de cair e se machucar quando forem sacudidos pelo solavanco da partida, o mesmo podendo ocorrer na hora da saída. Que no transporte coletivo muito pouca gente vai ceder seu lugar a uma pessoa velha: quem ocupa os lugares reservados a passageiros especiais sem sê-lo, dificilmente levanta para deixar o assento para idosos. Que “velho” ou “velha” é considerada uma expressão desvalorizante, usada para diminuir quem é denominado assim. As pessoas tendem a rejeitá-la, afirmando que não são velhas, são idosas, experientes ou qualquer outro qualificativo que lhes pareça mais aceitável. Chamar alguém de velho é humilhar, desqualificar a pessoa. Em certos casos, é uma ofensa. (p. 24)

Em muitos aspectos, envelhecer na sociedade de hoje é um desafio. Os idosos estão vivenciando uma batalha para sobreviver numa sociedade que não o valoriza, não o respeita e nem percebe o seu potencial. Muitas medidas estão sendo tomadas no sentido de melhorar a situação do idoso, mas, até o presente momento, a experiência do envelhecimento carrega mais sentimentos negativos do que positivos, e é vivida com mais dificuldades do que facilidades.

Barreto (1992) em muito compartilha da visão de Arruda (2012), Beauvoir (1990), Chauí (1979), Goldani (2010), Elias (2001) e Bosi (2012). Sua obra surge como uma denúncia do estado crítico em que se encontra o idoso no Brasil. A capa do livro apresenta um idoso sofrido, com um semblante triste, aborrecido e, juntamente com o título, seu texto indica a sua visão pessimista do processo de envelhecimento no Brasil: “*Admirável Mundo Velho: Velhice, fantasia e realidade Social*”. E ela, em um dos capítulos do seu livro, descreve a velhice como “uma realidade incômoda”.

No entanto, também é possível observar-se o fenômeno do envelhecimento a partir de uma ótica mais otimista, menos determinista quanto a apresentada por Simone de Beauvoir. Na verdade, o texto de Beauvoir, embora em muitos momentos se aplique perfeitamente ao que acontece nos dias de hoje, tem um nível de pessimismo, negativismo e acidez que até mesmo muitos idosos do nosso tempo teriam dificuldade de aceitar sua visão.

É preciso considerar que, quanto ao envelhecimento, de 1970 para 2016, muita coisa mudou, algumas para melhor. Prova disso é que o idoso de 1970 nem pode ser comparado com o idoso de 2016, se considerarmos aspectos como a longevidade, a saúde, a inserção social, entre outros.

Assim, alguns autores trilharam caminho que muitas vezes até beiram o ufanismo em relação ao envelhecimento. Isso ocorre porque eles pretendem desmistificar a figura do idoso decrepito, incapaz, desacreditado, doente, inválido, menosprezado e injuriado apresentado por Simone de Beauvoir e outros escritores que seguiram a trilha ácida da proeminente escritora francesa.

Carlos Fernando Damberg (2014), escritor idoso, intitula seu livro como “*Terceira Idade – A melhor fase da Vida*”. No texto ele discute conceitos sobre idade (cronológica e mental), dá dicas de saúde e de vida ativa, mostrando que, especialmente a partir da sua própria experiência, a velhice pode ser uma etapa de excelentes experiências na vida.

O mesmo ocorre com o livro “*Como viver bem na melhor idade – Dicas preciosas para o idoso moderno*”, de Eli Bento Corrêa (2014). No texto ele conversa de idoso para idoso e compartilha a sua experiência de vida com conselhos e recomendações a todas as pessoas que estão vivenciando o envelhecimento, ofertando dicas úteis, sempre com uma pitada de otimismo.

Richard Bimler (2013) escreveu o livro “*Cabelos brancos, cuca fresca – A arte de viver com alegria e esperança*”. Nele o autor argumenta que é preciso ressignificar a velhice e deixar os velhos modelos estigmatizados para trás. Ele inclusive convida o leitor a refletir a respeito do real significado da velhice:

Infelizmente, nossa sociedade nos vendeu a ideia de que, depois de certa idade, seja aos cinquenta, sessenta e cinco ou mesmo mais tarde, as pessoas perdem a sua importância e seu propósito de vida por causa da sua idade. (p. 15).

O livro oferece ao leitor idoso uma possibilidade de reflexão mais positiva e otimista do envelhecimento.

Goldenberg (2015b) se dedica a escrever um livro com o propósito declarado de fazer algum tipo de leitura positiva do texto de Simone de Beauvoir (1970), “A Velhice”. Segundo o autor, já se pode contemplar no Brasil o que ela chama de “bela velhice”, ou seja, idosos que apresentam uma vivência positiva da velhice, marcada por uma vida cheia de significados, sentidos e propósitos, e que buscam a realização e a felicidade que não foram alcançadas em outras etapas da vida.

Olhando a história de forma crítica vamos observar uma questão bem interessante quanto ao envelhecimento: sempre houve desvalorização do idoso em muitas culturas, mas também houve espaços onde os idosos eram valorizados; é muito comum

observarmos que, historicamente, houve a possibilidade de se viver a velhice sob o estigma da decrepitude, mas também houve idosos que romperam com este paradigma; percebemos que houve quem apresentasse uma visão muito pessimista da velhice, mas isso não impedia o surgimento de pessoas que entendiam o envelhecimento como uma oportunidade.

E observando os estudos que envolvem os processos de envelhecimento, se encontra, com frequência, mais referência aos aspectos negativos, como as perdas e doenças, do que comentários sobre ganhos associados à velhice, como sabedoria e experiência por exemplo. E esse fato ocorre porque é nutrida a crença de que a velhice é marcada apenas por perdas e que os ganhos estão limitados às fases iniciais da vida. Mas é necessário frisar que perdas e ganhos ocorrem no processo de desenvolvimento como um todo, em todas as etapas da vida, e que, se a velhice é uma experiência de mais perdas que ganhos, não quer dizer que não haja ganhos (Freire & Resende, 2001). E esta é uma excelente direção para as novas pesquisas sobre o envelhecimento.

3 ENVELHECIMENTO: UM PRODUTO POLÍTICO E SOCIAL

*“Uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população, refletindo na melhoria das condições de vida”
(BRASIL, 2013).*

Como objeto de estudos, o envelhecimento vem recebendo o investimento de pesquisadores por todo o mundo e diversos novos conceitos vêm sendo constantemente incorporados à discussão do tema.

Um deles é o de “Envelhecimento Bem Sucedido”. Segundo Rowe & Kahn (1999), foi Robert J. Havighurst quem propôs, no início da década de sessenta, a ideia de velhice bem sucedida, sugerindo que envelhecer bem era produto da participação em atividades associadas à satisfação, manutenção da saúde e participação social.

A partir desse fato, Rowe & Kahn (1999) desenvolvem o conceito de “Envelhecimento Bem Sucedido”, argumentando que ele seria composto por três fatores: engajamento ativo com a vida, manutenção de altos níveis de habilidades funcionais e cognitivas, e, probabilidade baixa de doenças e de incapacidades relacionadas a elas.

Neste sentido, os autores acima entendem que a experiência da velhice é heterogênea, fortemente influenciada pela cultura e que é produto direto da interação dos fatores biopsicossociais no envelhecimento. Além disso, eles propõem que as condições de envelhecimento saudável, patológico e bem-sucedido podem caminhar para o declínio ou para a reversão e minimização de perdas por meio de intervenções.

Fontaine (2010), alinhado com o conceito de Envelhecimento Bem Sucedido, afirma que muitas pesquisas têm sido realizadas nos últimos tempos, e que elas podem ser resumidas em três pontos principais:

Primeiramente, os valores intrínsecos, sozinhos, embora muito importantes, não são dominantes nas pessoas com mais de 65 anos. Logo, os fatores extrínsecos e o estilo de vida desempenham um papel preponderante junto ao idoso. Segundo, após os 65 anos, a contribuição da hereditariedade diminui em prol do meio ambiente. Terceiro, consequência dos dois primeiros pontos, a velhice habitual é altamente modulável. (p.147)

Contudo, o conceito de “Envelhecimento Bem Sucedido” não tem uma definição consensual e muitas vezes é utilizado de maneira indiscriminada na literatura, pois é carregado de subjetividade (Teixeira & Neri, 2008).

Segundo Gomes & Britto (2013), o conceito de Envelhecimento Bem Sucedido foi amplamente defendido na década de 90, mas precisou ser reformulado para abranger questões que estão além daquelas vinculadas à saúde adequada, sem limitações físicas e bem estar social.

A ideia de que envelhecer também inclui uma dimensão política e social, que envolve uma participação de todos os segmentos da sociedade, a começar pelo Estado, passou a ser mais discutida, pois cada vez mais se compreende que o envelhecimento não depende apenas do idoso, mas pode ser entendido como um fenômeno “político e social”, pois iniciativas (ou a falta de iniciativas) do poder público e da sociedade em geral influenciam diretamente na qualidade do envelhecimento da população.

Boa parte da população idosa no Brasil, e também nos outros países subdesenvolvidos, padece da falta de políticas públicas que garanta a ela oportunidades de experimentar a velhice de forma segura, saudável, digna e participativa.

Com o propósito de se oferecer um conceito de envelhecimento que pudesse favorecer uma nova maneira de se enfrentar o fenômeno no mundo, a OMS criou o termo “Envelhecimento Ativo”, no final dos anos 90. Segundo a OMS, o desenvolvimento deste conceito é indispensável, pois é preciso pensar-se numa estratégia para possibilitar que as pessoas permaneçam independentes e ativas à medida que envelhecem (WHO, 2005).

O “Envelhecimento Ativo” pode ser definido como um *“processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam velhas”* (WHO, 2005, p.13).

Para a OMS, programas e políticas de envelhecimento ativo devem ser implantados em todos os cantos do planeta, a fim de que tenhamos cada vez mais idosos saudáveis que continuem a representar um recurso para suas famílias, comunidades e economias.

A política proposta pela OMS parte do pressuposto de que para se envelhecer de forma saudável e bem sucedida é preciso favorecer oportunidades para que as pessoas possam optar por estilos de vida que promovam a saúde e, ainda, fazer controle do próprio estado de saúde (H. S. Silva, Lima, & Galhardoni, 2010).

Desse modo, é necessário um despertar de todas as instâncias do Estado para a implementação de programas e políticas que sejam direcionados ao público idoso no Brasil de forma cada vez mais ampla e inclusiva. A proposição do conceito de Envelhecimento Ativo pela OMS se constituiu num marco político que deflagrou esforços

para a implementação de políticas públicas de todos os países que dessem conta de enfrentar as exigências sociais de uma sociedade que envelhece mundialmente (Gomes & Britto, 2013).

Torna-se também necessária a mudança de enfoque no tratamento do tema do envelhecimento: já não se pode fazer um planejamento estratégico baseado nas necessidades dos idosos (como que os considerando apenas alvos passivos), mas pensa-se numa abordagem baseada em direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem.

O Envelhecimento Ativo é, na verdade, um programa que se tornou uma necessidade social mais importante nos países em desenvolvimento do que em países desenvolvidos, uma vez que os países desenvolvidos já possuem, pelo seu desenvolvimento social e cultural, possibilidades mais igualitárias e justas para toda a sociedade (Gomes & Britto, 2013).

A OMS (WHO, 2005) parte do princípio de que o envelhecimento é um processo complexo e que envolve uma combinação de alguns fatores determinantes.

3.1 Fatores associados à cultura e ao gênero

Fatores culturais modelam nosso estilo de vida e nosso modo de envelhecer e a questão do gênero é importante para se discutir o modo próprio como homens e mulheres envelhecem na sociedade

De um modo bem amplo, pode-se definir cultura como sendo um conjunto de valores, crenças, atitudes, significados e expressões que abarca as pessoas de determinado local e tempo, contribuindo significativamente com a maneira de pensar e viver.

E, a princípio, a cultura tem influência direta sobre todos os estágios de desenvolvimento humano. Ela influencia o nosso modo de perceber a infância, a adolescência, a juventude, a meia-idade e também a velhice.

As questões de gênero (combinadas com a cultura) também estão presentes na discussão do envelhecimento. No Brasil, há diferenças substanciais quanto à distribuição de homens e mulheres entre os idosos, prevalecendo um número significativamente maior de mulheres em relação aos homens (SAÚDE, 2009).

Além disso, a demanda por saúde dos idosos do sexo feminino é peculiar, diferenciando-se da demanda do grupo de idosos do sexo masculino, necessitando estratégias próprias para se enfrentar o envelhecimento tanto para homens como para mulheres idosos.

Caramano (1998) apresenta importante discussão a respeito da feminização do envelhecimento. Segundo a autora, O envelhecimento é também uma questão de gênero, uma vez que na população idosa como um todo observa-se que 55% dela é formada por mulheres. E quando desagregada pelos subgrupos de idade, a diferença entre essas proporções aumenta, principalmente entre os mais idosos. Ou seja, a proporção do contingente feminino é mais expressiva quanto mais idoso for o segmento, e isso se explica pela mortalidade diferencial por sexo. Para a autora, o mundo dos muito idosos é um mundo das mulheres.

3.2 Fatores associados aos sistemas de saúde e ao serviço social

A saúde é a primeira condição para que se experimente uma velhice de qualidade e ativa (Fontaine, 2010). E há a necessidade de sistemas de saúde bem estruturados que visem à promoção da saúde, a prevenção das doenças e o acesso ao cuidado primário e de longo prazo, de qualidade (WHO, 2005).

A promoção da saúde é entendida como o processo que permite às pessoas controlar e melhorar sua saúde e a prevenção de doenças abrangem tanto a prevenção quanto o tratamento de enfermidades, especialmente comuns aos indivíduos à medida que envelhecem.

Rodrigues (2007), fazendo um apanhado das políticas públicas voltadas para o idoso, considera que, até 1994, não havia uma política pública de âmbito nacional destinada às pessoas idosas, existindo apenas alguns decretos ou leis esparsas que surgiram a partir de 1975.

Dessa forma, pode-se considerar que a implementação de políticas públicas direcionadas ao idoso no Brasil ainda é incipiente. O envelhecimento da população como evento relativamente novo ao nosso país resulta numa demanda crescente por serviços de saúde, que ainda são escassos para uma população de idosos cada vez maior (Pessôa, Ferla, Ferasso, Vargas, & Pelegrini, 2007).

Caldas & Veras (2012) entende que o envelhecimento é uma questão que, mesmo incorporada ao campo da saúde coletiva desde muito tempo, não vem merecendo a devida atenção dos formuladores e gestores de políticas públicas.

Há a necessidade de se implementar serviços curativos para o atendimento de uma população idosa que desenvolve doenças crônicas em nosso país. Sociedades mais

envelhecidas apresentam, naturalmente, uma maior carga de doenças e incapacidades e isso aumenta a demanda por serviços médicos e sociais (SAÚDE, 2009).

O mesmo ocorre com a demanda por medicamentos (WHO, 2005). Considerando que grande parte da nossa população idosa se sustenta com o benefício da previdência social, o acesso a medicamentos cada vez mais se torna uma tarefa do Estado, a fim de garantir a manutenção da saúde da população idosa.

A condição de pobreza de boa parte da nossa população idosa está diretamente associada às condições de saúde deste grupo etário:

Não é exagero afirmar que a situação econômica (e aspectos a ela relacionados, como a escolaridade) é o determinante mais importante das condições de saúde das populações. A influência da condição socioeconômica sobre a saúde dos idosos brasileiros é evidente (SAÚDE, 2009).

Os serviços de saúde ao idoso ainda precisam contar com uma atuação no âmbito da saúde mental. Segundo Leandro-França & Murta (2014), um dos maiores desafios para o envelhecimento ativo é a prevenção e intervenção no sofrimento psíquico causado pela depressão, uma vez que, como grupo populacional, os idosos se configuram como grupo de risco acentuado para diversas doenças mentais, especialmente a depressão.

Num país em que a maior parte dos idosos é pobre, faz-se necessária a implementação de serviços sociais de apoio ao idoso, a fim de se garantir a dignidade da vida nesta faixa etária.

Há tempos que figuram as páginas dos jornais as denúncias de violação dos direitos do idoso. Segundo o serviço Disque Direitos Humanos (BRASIL, 2013), a violência contra o idoso aumentou exponencialmente na sociedade brasileira em todas as suas formas: negligência, violência psicológica, abuso financeiro, econômico e patrimonial, violência física, sexual, institucional e discriminação.

A violência contra o idoso mata e provoca traumas. Ela é apontada como sexta causa de mortalidade para este grupo etário (Minayo, 2014). E a maior incidência de violência contra o idoso se dá no âmbito da sua própria casa, nas relações intrafamiliares (C. F. S. Silva & Dias, 2016).

Segundo (SAÚDE, 2009), os idosos estão expostos a muitos e diferentes tipos de violência e não se pode fechar os olhos para a violência institucional ocorrida no interior das clínicas e casas de retiro, o que exige do poder público o monitoramento, especialmente em relação em relação às instituições de longa permanência.

O acesso a serviços sociais e de proteção ao idoso é essencial para que ele tenha condições de experimentar um envelhecimento ativo e satisfatório.

3.3 Fatores comportamentais

Segundo a OMS (WHO, 2005), a adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são indispensáveis especialmente na velhice. Tabagismo, alcoolismo, atividade física, alimentação saudável e uso de medicamentos são temas que se associam a fatores comportamentais e que influenciarão fortemente o modo como a pessoa enfrentará o envelhecimento.

O tabagismo, dentre os fatores de risco que podem ser evitados, é a principal causa de morbidade e mortalidade (Gomes & Britto, 2013). Segundo previsões, o tabagismo se tornará a principal causa de morte e invalidez, com mais de 10 milhões de óbitos por ano (Goulart et al., 2010).

Do ponto de vista da Saúde Pública, o tabagismo está no topo da lista dos cinco mais importantes fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (Senger et al., 2011).

A ação do tabagismo ao longo do tempo desfavorece a longevidade e, mesmo para idosos, os efeitos da suspensão do fumo são evidentes, principalmente em termos de qualidade e expectativa de vida. Após o abandono do hábito de fumar, espera-se um aumento de dois a três anos na expectativa de vida entre idosos com 65 anos ou mais que fumam até um maço de cigarros por dia (Goulart et al., 2010).

Numa pesquisa realizada na cidade Porto Alegre/RS que envolveu 832 idosos, a proporção de fumantes entre os homens foi de 20,8%, bem maior que entre as mulheres (13%) (Senger et al., 2011).

Segundo Goulart et al (2010), a prevalência de fumantes idosos no Brasil, em 1989 era de 26,4% e se reduziu para 15,4% em 2003. Assim, o tabagismo é um dos fatores comportamentais importantes a ser afastado da vida dos idosos que pretendam experimentar o envelhecimento ativo. E programas de saúde que partam do Estado e envolvam a sociedade como um todo devem ser implementados para que o tabagismo seja combatido.

Programas de combate ao tabagismo direcionados ao público idoso devem ter uma configuração de participação multiprofissional, envolvendo também o psicólogo, que poderá levar o idoso a se sensibilizar e monitorar o seu comportamento diante da necessidade

de mudança de hábito, além de facilitar o exercício de uma escolha de enfrentamento diante do problema (Gomes & Britto, 2013).

Muitas vezes associado ao tabagismo, o alcoolismo se apresenta como um comportamento determinante que caminha na contramão do envelhecimento ativo.

No estudo realizado por Senger et al (2011) em Porto Alegre/RS, que envolveu 832 idosos, verificou-se que 12,4% dos idosos eram etilistas, sem que deste total 11,7 eram do sexo masculino. Além disso, pesquisas mostram que 6 a 11% dos pacientes idosos admitidos em hospitais gerais apresentam sintomas de dependência alcoólica.

Lamentavelmente, o alcoolismo no Brasil é uma doença que se percebe em quase todas as faixas etárias, ao passo que não observamos programas governamentais ou campanhas publicitárias sérios que tenham o objetivo de combater esta realidade.

A atividade física está entre os fatores comportamentais que envolvem o envelhecimento ativo. É sabido que atividades físicas regulares e moderadas podem retardar declínios funcionais, além de diminuir o surgimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos (WHO, 2005). Atualmente é reconhecido o papel da atividade física como forma de promover a saúde, o bem estar e a qualidade de vida na população, sobretudo em indivíduos idosos (Gonçalves & Alchieri, 2009).

Atualmente se entende a atividade física impacta positivamente na condição cardiorrespiratória, no crescimento muscular e ósseo, e, além disso, os benefícios do domínio motor podem promover o domínio cognitivo, ou seja, podem trazer benefícios para o cérebro e as funções cognitivas dos idosos (Lage, 2013).

As pessoas com mais de 65 anos geralmente não realizam exercícios físicos regulares suficientes para manter uma adaptação fisiológica, sendo que de 60 a 70% dos adultos mais velhos são sedentários (Gomes & Britto, 2013).

Segundo o IBGE (2015), a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, apenas 13,6% dos idosos praticam o nível recomendado de atividade física.

A atividade física necessita estar presente como uma estratégia de prevenção à saúde, pois o envelhecimento está associado obrigatoriamente com a redução da capacidade aeróbica máxima, força muscular, respostas eficientes e declínio das capacidades funcionais de ordem geral que descrevem a aptidão física (M. S. L. Buriti & Campelo, 2010).

É necessário o surgimento de políticas e programas que estimulem pessoas inativas a se tornarem mais ativas à medida que envelhecem, e garantir oportunidade para tal,

como propiciar áreas seguras para caminhadas e o apoio a atividades comunitárias (WHO, 2005).

Além da atividade física, o idoso também precisa de atividades de lazer. Segundo Buriti (2010), as atividades de lazer, o brincar, o divertir-se são relevantes para as espécies animais mais desenvolvidas, incluindo o homem.

Monteiro (2009) implementou, na cidade do Rio de Janeiro, um audacioso programa de lazer com idosos de uma comunidade de baixa renda. Ele argumenta que é preciso cultivar atividades de lazer para todos os segmentos da sociedade, inclusive para os idosos, e que durante muito tempo a prática de lazer foi desestimulada por conta da supervalorização dos momentos de produção.

Em decorrência dessa situação, tendemos a negligenciar o lazer e deixamos de observar que ele pode significar uma dimensão de grande importância para a manutenção de uma boa qualidade de vida. É preciso entender o lazer como uma necessidade humana, especialmente para os idosos.

O lazer pode ser entendido como o conjunto de ocupações nas quais o indivíduo se engaja por espontânea vontade, seja para repouso, diversão, entretenimento, acúmulo de informações ou participação social, livre das obrigações sociais, familiares e sociais (Dumazedier [1976], citado por (H. S. Silva & Yassuda, 2013).

O lazer, essencial a qualquer ser humano, assume um papel muito importante quanto se aplica ao público idoso, pois juntamente como lazer, pode se experimentar a integração social por meio de atividades prazerosas que culminam na promoção da saúde (Junior, 2009b).

Num país que convive com um grande contingente de pessoas empobrecidas, o acesso a uma alimentação saudável surge como um fator determinante que interfere diretamente no envelhecimento ativo. Programas de orientação nutricional e programas assistenciais que garantam o acesso dos idosos a alimentos ainda são escassos em nosso país.

O uso de medicamentos por pessoas idosas é maior do que por pessoas de qualquer outro grupo etário e, na maioria dos países, os idosos de baixa renda têm pouco ou nenhum acesso a subsídios para medicamentos (WHO, 2005).

A maneira como se prescreve o medicamento, como se utiliza e também como o idoso adere aos tratamentos de longo prazo influenciam diretamente na dinâmica do envelhecimento.

Por fim, fatores comportamentais como o tabagismo e o alcoolismo, a prática de atividades físicas e de lazer, o acesso e o investimento em uma alimentação saudável, além da maneira como os idosos lidam com os medicamentos podem ser determinantes na consolidação de um envelhecimento ativo.

3.4 Fatores relacionados a aspectos pessoais

Há questões que são peculiares a cada indivíduo, como as biológicas e genéticas, e também fatores psicológicos como padrão de humor, motivação e expectativas para a vida, que influenciam diretamente sobre o processo de envelhecimento.

Houve tempo em que o envelhecimento era estudado quase que exclusivamente sob o enfoque biológico e genético. Isso ocorreu porque o envelhecimento pode mesmo ser entendido como um conjunto de processos geneticamente determinados e pode ser definido como uma deterioração funcional progressiva e generalizada que resulta numa perda de resposta adaptativa às situações de estresse e no aumento do risco de doenças (WHO, 2005).

É inegável a influência genética no desenvolvimento de problemas crônicos como o diabetes, a doença cardíaca, o mal de Alzheimer e em certos tipos de câncer. Mas, para muitos indivíduos, a adoção de um conjunto de comportamentos saudáveis pode modificar efetivamente a influência da hereditariedade no declínio funcional e no surgimento da doença.

O envelhecimento envolve mudanças em aspectos psicológicos importantes como a inteligência e a capacidade cognitiva. A inteligência assume uma forma mais cristalizada, diferentemente dos tempos da juventude em que ela era fluida. Segundo Stuart-Hamilton (2008), a inteligência cristalizada pode ser caracterizada pela quantidade de conhecimento que uma pessoa adquiriu durante a vida, enquanto a inteligência fluida se define pela capacidade de resolver problemas para os quais não há solução derivável de instrução formal ou práticas culturais.

A memória também sofre alterações com o envelhecimento, diminuindo gradativamente com a idade, podendo ser compensadas por ganhos de sabedoria, conhecimento e experiência. Mas as perdas de memória variam bastante de idoso para idoso (Abrisqueta-Gomez, 2013).

A diminuição da memória do idoso recebe diversas explicações, mas alguns fatores parecem estar presentes na maioria das explicações, como por exemplo, um declínio na velocidade do processamento e uma redução de recursos no processamento da memória

(diminuição de recursos ligados à atenção disponíveis para o processamento cognitivo na velhice), segundo Abrisqueta-Gomez (2013).

Pode-se observar também declínio cognitivo no idoso e ele pode estar associado a doenças, como a depressão, por exemplo. A depressão é encontrada entre idosos, mas também é observada em todos os outros grupos etários. Fontaine (2010) argumenta que há uma ideia disseminada de que a porcentagem de quadros de depressão grave aumenta após os 65 anos, mas pesquisas recentes não parecem confirmar esta ideia. A depressão seria um fenômeno importante entre idosos justamente por causa do aumento significativo de idosos atualmente presentes na sociedade.

A auto-eficácia (ou confiança em si mesmo), que pode ser entendida como a crença que a pessoa tem em suas capacidades de organizar e de executar as ações necessárias nas mais diferentes áreas da vida diária (Fontaine, 2010), surge como um fator pessoal que pode ser determinante para que se chegue ao envelhecimento ativo.

Albuquerque & Soares (2016) realizaram estudo envolvendo 65 idosos (35 familiarizados com o mundo digital e 30 que não conseguiram se inserir na nova tecnologia) e perceberam que níveis mais altos de autoeficácia podem ser apontados como determinantes para o grupo de idosos que conseguiu se inserir no meio digital e utilizar *smartphones* e computadores, enquanto níveis baixos de autoeficácia foram observados entre aqueles que não conseguiram aderir ao “movimento digital”. Este estudo é um indicador de que fatores pessoais (como a autoeficácia) podem interferir diretamente em diversas questões ligadas ao envelhecimento ativo.

3.5 Fatores associados ao ambiente físico

Questões como moradia segura e funcional para o idoso, prevenção de quedas, água limpa e alimentos seguros são também alvo de discussão e ganham força na discussão do envelhecimento e estão associados ao ambiente físico.

Pessoas idosas que moram em ambientes ou áreas de risco com múltiplas barreiras físicas saem com menos frequência e assim estão mais propensas ao isolamento (WHO, 2005).

Questões ligadas à urbanização (como calçadas e ruas, por exemplo) e à acessibilidade (como o transporte público) podem ser fatores ambientais determinantes na experiência dos idosos. Muitos idosos moram em habitações altamente inseguras, construídas

em áreas de risco, aumentando riscos de queda e exposição à violência, em que não há o acesso sequer a condições sanitárias adequadas e água limpa para o consumo humano (WHO, 2005).

3.6 Fatores associados ao ambiente social

O apoio social, oportunidades de educação e aprendizagem, a rede de relacionamentos e a violência contra o idoso são temas cada vez mais discutidos e entendidos como fundamentais para uma boa experiência de envelhecimento.

O apoio social inadequado está associado não apenas a um aumento da mortalidade, morbidade e problemas psicológicos, mas também a uma diminuição na saúde e no bem estar geral (WHO, 2005).

Domingues (2013) argumenta que o idoso necessita estar amparado por uma rede de apoio social. O autor entende as “redes microsociais” como o elo das relações informais oriundas dos vínculos de parentesco, vizinhança e comunidade e indispensáveis para a vida do idoso.

Fontaine (2010) relata que, a partir de diversas pesquisas, é possível chegar-se a três suposições universais quanto às relações sociais: o isolamento é um fator de risco para a saúde, suportes sociais de natureza emocional ou instrumental podem ter efeitos positivos sobre a saúde, e, não existe suporte universal para todos os indivíduos, pois o fator essencial é a apropriação do suporte por parte do indivíduo. E o suporte social é indispensável ao idoso, pois um dos sentimentos experimentados por muitas pessoas idosas é o de ser inútil e não estar envolvido em nenhuma atividade produtiva.

Günther (2011) argumenta que, embora ainda não saibamos exatamente como, é certo que o contato social é um fator que proporciona conforto emocional e reduz os fatores de risco de morbidade e mortalidade.

Numa pesquisa envolvendo 87 idosos que contavam com 80 anos ou mais e realizada num município do interior de Santa Catarina, Farias & Santos (2012) concluíram que a convivência com outras pessoas da comunidade (em festas, bares, restaurantes, igrejas, casas de vizinhos e parentes) era comum para quase a metade da amostra da pesquisa e o relacionamento social contribuiu significativamente para a experiência de envelhecimento daqueles idosos.

No entanto, nem todas as relações sociais se traduzem em apoio social. Domingues (2013) sintetiza esta ideia argumentando que:

Os laços fortes são mais funcionais à mobilização de recursos e se apoiam na solidariedade e em padrões de distribuição de recursos não facilmente mensuráveis, provindo de relações sociais cuja principal característica é a intensidade dos contatos e a diminuta distância social que separa os atores sociais. São laços que se localizam na esfera pessoal, como por exemplo, os laços de parentesco e de amizade. (p. 214)

O rompimento de laços pessoais, a solidão e as interações conflituosas se configuram como as maiores fontes de estresse, enquanto relações sociais animadoras e próximas são fontes vitais de força emocional. Além disso, o isolamento e a solidão na velhice estão associados a um declínio de saúde tanto física como mental (WHO, 2005).

Há muitas evidências em estudos epidemiológicos de que pessoas envolvidas socialmente teriam menor risco para problemas cognitivos (H. S. Silva & Yassuda, 2013). Um desafio à sociedade é passar a enxergar o idoso como alguém capaz de aprender e se desenvolver por meio da educação, criando um ambiente favorável ao crescimento e desenvolvimento pessoal do idoso por meio do aprendizado de coisas novas e desafiadoras.

Soares & Tricate (2015) realizaram a pesquisa “*Onde está o idoso? Um estudo a respeito da ausência do idoso nas Instituições de Ensino Superior*”, envolvendo 40 participantes, entre homens e mulheres com idade entre 60 e 75 anos, que não ingressaram no ambiente acadêmico, mesmo tendo condições de saúde e financeiras para isso, e satisfazem o pré-requisito do ensino médio completo. O estudo se desenhou a partir de duas principais hipóteses: a) A população idosa reluta em ingressar no ambiente acadêmico por entender ser este um ambiente predominantemente jovem; e, b) A população idosa não associa a formação acadêmica como uma possibilidade de crescimento pessoal. Nenhuma dessas hipóteses foi confirmada! Os idosos relataram justamente o contrário: os participantes reconheceram a universidade como um lugar de crescimento pessoal para eles, e o que os impede de buscar ingressar numa faculdade, entre muitos fatores, é o valor da mensalidade! Ou seja, o idoso se percebe como alguém que tem potencial para o crescimento por meio da educação e do aprendizado.

Convivemos com a ideia de que envelhecer é incompatível com aprendizado e esse fato tem contribuído com que os idosos se afastem das instituições educacionais e percam a oportunidade de aprendizado e crescimento (Cachioni & Falcão, 2011). Laham & Aranha (2013) salientam que a cultura atual colabora de forma acintosa para que, à medida que o tempo vá passando, as pessoas se sintam cada vez mais desvalorizadas. Assim, iniciar

um projeto novo aos 50 anos, como retomar os estudos, por exemplo, parece, no mínimo, estranho à maioria das pessoas. E isso precisa mudar.

3.7 Fatores associados a questões econômicas

Segundo a OMS (WHO, 2005), três aspectos do ambiente econômico têm um efeito particularmente importante sobre o envelhecimento ativo: a renda, o trabalho e a proteção social.

O acesso a renda que possibilite um sustento suficiente e contribua com a redução da pobreza é um dos desafios para garantir um processo digno de envelhecimento no países subdesenvolvidos. O acesso ao trabalho também está envolvido neste processo.

As políticas de envelhecimento ativo precisam traçar projetos audaciosos no sentido de reduzir a pobreza em todas as idades, especialmente entre os idosos, pois este é um grupo etário que se apresenta particularmente vulnerável (WHO, 2005). Uma política de geração de renda para este grupo etário se faz urgente.

No entanto, o que se observa no Brasil de hoje é a falência do sistema de previdência social, o que coloca em risco toda uma geração de idosos, especialmente os menos favorecidos. Quando consideramos o conceito de Envelhecimento Ativo, como proposto pela OMS, nossa percepção da realidade é pessimista e entendemos que estamos longe de alcançarmos patamares que garantam aos nossos idosos um envelhecimento de qualidade a partir dos programas governamentais e sociais.

Não apenas as instâncias do governo falham no atendimento às demandas dos idosos. A sociedade, de um modo geral, não parece estar disposta a investir em apoio social e oportunidades de trabalho para os idosos.

Nossa realidade é a de que carecemos de serviços sociais e de saúde de qualidade, não oferecemos aos idosos um ambiente físico minimamente adequado para o seu desenvolvimento, não enxergamos movimentos intencionais dos governantes na direção de investir os recursos necessários para que o Brasil redesenhe o seu idoso, apesar de todos os avanços que temos observado nos últimos anos.

É necessária uma conscientização de que o envelhecimento, muito além de depender apenas do indivíduo, é um produto que nasce de políticas públicas e do engajamento da sociedade.

Neste sentido, o envelhecimento da população pode ser modulado positiva ou negativamente pelas iniciativas do Estado, e assume uma característica que não pode ser circunscrita apenas ao individual: o envelhecimento também é fruto de iniciativas sociais e políticas.

4 O ENVELHECIMENTO SEGUNDO ERIK ERIKSON

“No nosso país, como sabemos, as coisas velhas e inúteis são jogadas no lixo. Entretanto, nós introduzimos a “reciclagem”, que amplia a utilidade de objetos velhos por mais tempo e evita que sobrecarreguemos a terra com depósitos permanentes de entulhos. Nós não jogamos no lixo nossa gente velha, mas certamente não fazemos o suficiente quanto à sua reciclagem”.
Joan M. Erikson

O envelhecimento é uma etapa natural do desenvolvimento humano, mas nem por isso deixa de ser complexo, pois se configura como um processo multifatorial, multidirecional, multidimensional e extremamente dinâmico, variando substancialmente em seu significado de pessoa para pessoa.

Aquele que chega à terceira idade é o indivíduo que venceu um sem número de barreiras no decorrer dos anos, passando certamente por momentos marcados algumas vezes por grandes dificuldades e perdas, outras vezes por significativas vitórias e ganhos.

Assim, pode-se considerar que as várias passagens significativas que o idoso experimentou durante a vida certamente são impactantes na sua vivência atual, influenciando significativamente o modo como ele compreende e enfrenta o fenômeno do envelhecimento. Este é um dos pontos de partida de Erik Homburger Erikson e por isso sua teoria de desenvolvimento foi escolhida como base para as discussões da presente pesquisa.

Além de oferecer uma teoria de desenvolvimento psicológico muito minuciosa, Erikson nos oferece uma discussão peculiar do envelhecimento a partir da sua própria experiência: aos oitenta anos ele acrescentou à sua obra discussões muito interessantes quanto ao envelhecimento, que foram acrescentadas justamente baseadas na sua longevidade e experiência de vida.

Na perspectiva da Psicologia do Desenvolvimento, Erikson propõe uma teoria, conhecida como “Modelo Epigenético do Ciclo da Vida”, que discute o ciclo da vida desde o nascimento até à experiência do envelhecimento, oferecendo uma discussão de continuidade entre os estágios, que se inicia com a fase inaugural do nascimento, denominada “Confiança Básica *versus* Desconfiança Básica”, culminando no estágio que denominou “Integridade *versus* Desesperança”, experimentado na terceira idade. O conceito “*versus*” aparece no título de cada um dos estágios e pode significar tanto “uma coisa contra a outra”, no sentido estrito, quanto “vice-versa” (E. H. Erikson & Erikson, 1997).

A Teoria de Desenvolvimento Psicossocial de Erikson compreende um ciclo vital completo e acumulativo em que cada etapa do ciclo exerce influência decisiva sobre as fases subsequentes, sendo que cada mudança no decorrer da vida se constitui numa crise potencial, pois oferece uma mudança radical de perspectiva (E. H. Erikson, 1987). A cada fase a pessoa se fortalece adquirindo novas experiências, desenvolvendo sentimentos ou habilidades, mas, logo na fase seguinte, novos desafios colocam à prova elementos conseguidos às duras penas na fase anterior:

A segurança adquirida em qualquer etapa se põe à prova diante da necessidade de transcendê-la de tal modo que o indivíduo possa aventurar na etapa seguinte o que era mais vulneravelmente precioso na anterior (E. H. Erikson, 1976, p. 242).

As crises vivenciadas ao longo da vida, na teoria de Erikson, se dão pelos conflitos próprios de cada estágio, sendo que o potencial para enfrentar esses conflitos existe no nascimento como predisposições inatas nas várias fases, momentos em que o ambiente requer do indivíduo que ele desenvolva a sua capacidade de adaptação. Desse modo é que cada conflito com o ambiente pode ser chamado de “crise”, uma vez que exige que a energia instintiva da pessoa seja concentrada de acordo com as necessidades de cada estágio do ciclo da vida (Schultz & Schultz, 2002).

Erikson argumenta que toda sua teoria parte do pressuposto de que a crise e o conflito, que podem ter origens internas ou originarem-se nas relações com outras pessoas, são inerentes ao crescimento e desenvolvimento completo da pessoa:

Apresentarei o desenvolvimento humano do ponto de vista dos conflitos, internos e externos, que a personalidade vital suporta, ressurgindo de cada crise com um sentimento maior de unidade interior, um aumento do bom juízo e um incremento na capacidade de “agir bem”, de acordo com os seus próprios padrões adotados pelas pessoas que são significativas para ela (J. M. Erikson, 1997b, pp. 90-91).

O conflito e a tensão são fontes de crescimento, força e comprometimento. (J. M. Erikson, 1997b, p. 90).

O conceito de crise pode estar alicerçado na lógica da contabilização dos elementos sintônicos e distônicos que fazem parte das sucessivas fases experimentadas pelo indivíduo no decorrer do seu desenvolvimento e que são elementos presentes e próprios de cada fase, responsáveis por uma constante tensão interna e dinâmica que fará surgir uma força psicossocial que permitirá ao indivíduo seguir para a próxima fase fortalecido (se ele conseguiu marcar este período de vivência predominantemente pela via da sintonia) ou desorganizado (se prevaleceu na sua experiência o elemento distônico).

No decorrer do processo de desenvolvimento, o indivíduo convive com os mencionados elementos sintônicos e distônicos, devendo os sintônicos prevalecer sobre os distônicos. No entanto, Erikson entende que o ego tem de incorporar tanto as maneiras positivas quanto as negativas de lidar com as crises.

Como exemplo, mencionamos a primeira fase de desenvolvimento psicossocial, em que o indivíduo pode experimentar a crise de desamparo e dependência, desenvolvendo um senso de confiança ou desconfiança. Evidentemente, a confiança é a forma mais bem adaptada e desejável de se lidar com o problema, além de ser uma forma mais saudável. Entretanto, muitos desenvolvem a desconfiança como proteção sem que isso se configure como desajuste ou desequilíbrio. Aquele que desenvolve apenas a confiança será presa fácil para as pessoas que pretendem enganá-lo ou manipulá-lo. Sendo assim, em cada fase do desenvolvimento, idealmente, o ego consistirá predominantemente na atitude positiva e bem adaptada, mas será sempre equilibrado por alguma parte da atitude negativa. Aliás, somente dessa forma a crise poderá ser considerada resolvida de forma satisfatória. (Schultz & Schultz, 2002)

Em todos os estágios de desenvolvimento, o contexto e a qualidade das relações sociais, aliados à capacidade interna do indivíduo de vencer as suas próprias limitações, garantirão o êxito da sintonia sobre a distonia, tornando o indivíduo mais forte e preparado para o enfrentamento das próximas fases, que igualmente serão marcadas pela dialética de elementos sintônicos e distônicos.

Dessa forma, durante todo o ciclo vital, a pessoa é desafiada a estabelecer novas relações consigo mesma e com o mundo que está ao seu redor, buscando constantemente superar suas limitações, transformando todo o processo numa busca de superação pessoal dos estágios anteriores.

E assim que o indivíduo segue pelos estágios de desenvolvimento ele experimenta um processo de reintegração de temas psicossociais vivenciados em estágios anteriores, que contribuirão para a solução da crise que vivencia no momento. E sendo a experiência humana uma sucessão de estágios de desenvolvimento que se encerram apenas com a morte, o indivíduo se envolve o tempo num processo de vencer crises, amadurecendo para enfrentar novos momentos de crise e crescimento pessoal.

Erikson esquematizou sua teoria no Modelo de Desenvolvimento Psicossocial fazendo correlações com a teoria freudiana, mas enfatizando claramente os aspectos relacionais e sociais, em detrimento da ênfase nos aspectos inconscientes tão valorizados por

Sigmund Freud. Há quem diga, inclusive, que as elaborações de Erikson se desviam tão nitidamente da forma e do espírito da psicanálise que não deveriam ser consideradas parte da tradição freudiana (Hall, Lindzey, & Campbell, 2000). No entanto, a despeito da opinião de muitos, o próprio Erikson se afirmava um seguidor de Freud, e, conseqüentemente, um psicanalista.

Erikson contribuiu com uma teoria que oferece uma concepção muito mais ampliada do Ego daquela originalmente proposta por Freud. Dessa forma, nas diversas etapas de desenvolvimento, sua teoria privilegia o enfoque na maneira como o indivíduo lida com a realidade, com os desafios e como as circunstâncias temporais o influenciam.

Um aspecto que diferencia Erikson de Freud em suas concepções é o seu olhar positivo e otimista do ser humano no seu desenvolvimento e na sua capacidade de vencer os elementos distônicos próprios de cada fase (Schultz & Schultz, 2002).

O termo “Psicossocial” utilizado por Erikson salienta exatamente que os estágios de vida de uma pessoa, do nascimento até a morte, são formados por influências sociais interagindo com um organismo que está sempre em processo de amadurecimento físico e psicológico (Hall et al., 2000).

O processo de evolução das pessoas no decorrer da vida, segundo Erikson, é regido pelo que ele denomina “princípio epigenético da maturação” e com isso ele quer enfatizar o quanto as forças herdadas são determinantes em cada um dos estágios de evolução, valorizando, dessa forma, o papel da herança genética sobre o desenvolvimento.

Porém, na sua concepção, as forças sociais e as influências ambientais às quais as pessoas são expostas influenciam a maneira pela qual as fases geneticamente predeterminadas se realizam, sendo então o desenvolvimento pessoal afetado por fatores biológicos e sociais, como também por variáveis pessoais e situacionais (Schultz & Schultz, 2002).

A teoria eriksoniana vincula perfeitamente os diversos aspectos da vida humana, como o biológico (o corpo, o somático), o psíquico e o social. Erikson entendia que “os estágios da vida permanecem para sempre ‘vinculados’ a processos somáticos, ao mesmo tempo em que permanecem dependentes dos processos psíquicos do desenvolvimento da personalidade e do poder ético do processo social” (E. H. Erikson & Erikson, 1997, p. 54).

O desenvolvimento pessoal proposto por Erikson segue alinhado com eventos e situações sociais, pois a pessoa não pode se desenvolver fora da sociedade. Cada etapa, cada estágio de desenvolvimento e suas crises têm uma relação especial com algo que a sociedade

exigirá do indivíduo naquele momento, “e isso pela simples razão de que o ciclo da vida humana e as instituições do homem têm evoluído juntos” (E. H. Erikson, 1976, p. 230).

O desenvolvimento psicossocial é para Erikson similar ao que ocorre no desenvolvimento embrionário da criança. O organismo que tem um desenvolvimento físico saudável teve respeitada a sua lógica de desenvolvimento natural e sequencial e é na lógica do desenvolvimento pré-natal que Erikson buscou a conceituação do seu modelo psicossocial. Assim Erikson explica porque utiliza o termo “epigenético”:

O princípio organísmico, que se mostrou indispensável em nosso trabalho para a fundamentação somática do desenvolvimento psicosexual e psicossocial, é a *epigênese*. Este termo é tomado emprestado da embriologia e, seja qual for seu *status* atualmente, nos primeiros dias do nosso trabalho ele fez avançar o nosso entendimento da relatividade que governa os fenômenos humanos ligados ao crescimento organísmico.

(...) Enquanto eu agora cito o que o embriologista tem a nos dizer sobre a epigênese dos sistemas de órgãos, espero que o leitor ‘ouça’ a probabilidade de que todo crescimento e desenvolvimento seguem padrões análogos. Na sequência epigenética de desenvolvimento, cada órgão tem seu tempo de origem – um fator tão importante como o *locus* de origem.

(...) A epigênese, então, de forma nenhuma significa uma mera sucessão. Ela também determina certas leis nas relações fundamentais das partes crescentes entre si. (E. H. Erikson & Erikson, 1997, pp. 28, 29 e 30).

Erikson entende que o modelo epigenético tem o poder de ser ao mesmo tempo abrangente e específico, pois aborda o ser humano em todas as suas principais facetas. Na verdade, ele engloba os aspectos essenciais da vida humana, quais sejam, o somático, o psíquico e o social:

Podemos perguntar por que achamos o princípio *epigenético* tão prático para descrever a configuração global dos fenômenos *psicossociais*; isso não daria a um processo somático um poder organizador sobre o processo social? A resposta deve ser que os estágios da vida permanecem para sempre ‘vinculados’ a processos somáticos, ao mesmo tempo em que permanecem dependentes dos processos psíquicos do desenvolvimento da personalidade e do poder ético do processo social (E. H. Erikson & Erikson, 1997, p. 54).

Erikson propõe um modelo de desenvolvimento em que se espera, para cada estágio, aquilo que é próprio para o indivíduo naquela fase da vida, formando na vivência do indivíduo uma sucessão de ganhos e experiências que se somam, numa cadeia sequencial e gradativa, que vai habilitando psicossocialmente a pessoa para a continuidade do desenvolvimento e do crescimento.

Originalmente, Erikson concebeu sua “Teoria Epigenética de Desenvolvimento Psicossocial” com oito estágios, iniciando-se com o nascimento, seguindo pelas diversas etapas da vida e culminando no oitavo estágio, “Integridade *versus* Desespero”². O quadro abaixo apresenta um esquema com as principais características dos oito estágios:

² Erikson utiliza tanto as palavras “desespero” quanto “desesperança” na descrição deste estágio de desenvolvimento.

	Crises Psicossociais	Raio de Relações Significativas	Forças Básicas	Antipatias Básicas
1º Estágio: PERÍODO DE BEBÊ	Confiança Básica <i>versus</i> Desconfiança Básica	Pessoa Maternal	Esperança	Retraimento
2º Estágio: INFÂNCIA INICIAL	Autonomia <i>versus</i> vergonha ou dúvida	Pessoas Parentais	Vontade	Compulsão
3º Estágio: IDADE DO BRINCAR	Iniciativa <i>versus</i> Culpa	Família Básica	Propósito	Inibição
4º Estágio: IDADE ESCOLAR	Diligência <i>versus</i> Inferioridade	“Vizinhança”, Escola	Competência	Inércia
5º Estágio: ADOLESCÊNCIA	Identidade <i>versus</i> Confusão de papéis	Grupos de iguais e outros grupos; Modelos de liderança	Fidelidade	Repúdio
6º Estágio: IDADE ADULTA JOVEM	Intimidade <i>versus</i> Isolamento	Parceiros de amizade, sexo, competição, cooperação	Amor	Exclusividade
7º Estágio: IDADE ADULTA	Generatividade <i>versus</i> Estagnação	Trabalho dividido e família e lar compartilhados	Cuidado	Rejeição
8º Estágio: VELHICE	Integridade <i>versus</i> Desesperança	“Gênero humano” “Meu gênero”	Sabedoria	Desdém

Tabela elaborada pelo autor.

Fonte: Schultz, D. P. & Schultz, S. E (2002)

Neste trabalho apresentaremos cada um dos oito estágios de desenvolvimento de Erik H. Erikson, mas sob o foco do envelhecimento, visando à progressão para o nono estágio.

4.1 O envelhecimento sob uma nova perspectiva: o nono estágio

Em seu livro “Infância e Sociedade” (E. H. Erikson, 1976), escrito em 1950, Erikson intitula seus oito estágios de “Oito Idades do Homem”, uma vez que, até então, esta era a concepção que tinha do seu modelo de Desenvolvimento Psicossocial.

Posteriormente, em 1982, Erik Erikson desenvolveu a sua obra denominada “O Ciclo de Vida completo”, livro que publicou com o interesse especial de rediscutir conceitos

presentes em duas de suas obras anteriores: “Infância e Sociedade”, de 1950, e, “Identidade: Juventude e Crise”, de 1968.

Erikson viveu até os noventa e um anos. E, nos últimos anos de sua vida, decidiu promover uma revisão da sua obra “O Ciclo da Vida completo” (que havia sido publicada quando ele já contava com oitenta anos de idade). Joan Mowat Erikson, sua esposa, relata que o autor releu sua obra “*criticamente, sublinhando-a e anotando prodigamente do início ao fim com tinta vermelha, preta e azul*” (J. M. Erikson, 1997c, p. viii).

Joan Mowat Erikson e Erik Erikson foram casados por sessenta e quatro anos, e ela acompanhou a trajetória acadêmica de seu esposo, participando ativamente do trabalho, escrevendo inclusive algumas obras em coautoria com ele (por exemplo, “*Vital involvement in old age*”, texto publicado em 1986).

Assim, Joan Erikson se propôs a revisar o oitavo estágio, com base na releitura do texto “O Ciclo de Vida Completo” anotado por Erik Erikson e a partir da experiência de envelhecimento do casal. A revisão do oitavo estágio nasceu da vivência do envelhecimento do casal.

Na ocasião em que Joan Erikson escreveu a ampliação da obra “O Ciclo de Vida Completo” ela já contava com 93 anos de idade (J. M. Erikson, 1997c, p. viii), e Erik já havia falecido.

Dessa forma, Joan Erikson acrescentou à obra mencionada acima alguns capítulos, descrevendo o “nono estágio”, um estágio que vai muito além do descrito no “oitavo estágio” proposto inicialmente por Erik Erikson. O “nono estágio” se configura como uma releitura da velhice, a partir do prisma de idosos ativos, que conseguiram experimentar este estágio sob o conceito da “gerotranscendência”.

A experiência do casal Erik e Joan é descrita de forma bem interessante e pode perfeitamente ser aplicada a idosos do nosso tempo. A partir de uma vida longa e intelectualmente produtiva (ambos ultrapassaram a marca dos 90 anos, Erik chegou perto dos 92 anos e Joan faleceu aos 94 anos de vida), o casal propôs uma nova maneira de se vislumbrar, compreender e encarar o envelhecimento.

Erik e Joan trabalharam juntos por décadas, produzindo pesquisas e conhecimento que se traduziram em contribuições significativas sobre o desenvolvimento humano e, especialmente, sobre o envelhecimento.

A releitura do “oitavo estágio” e a proposta do “nono estágio” se fez necessária para o casal quando ele se percebeu às portas do final da vida:

Aos noventa anos, nós acordamos num território estrangeiro.

(...) Conforme atravessamos os anos de generatividade, não nos parecia que o fim da estrada fosse aqui e agora. Nós ainda tomávamos os anos que estavam por vir como certos. Aos noventa anos, o panorama mudou; a visão à frente se tornou limitada e vaga. A porta da morte, que sempre soubemos ser esperável, mas que nunca tinha nos perturbado, agora parecia estar bem próxima.

(...) Nós podemos olhar para trás, para um passado distante, e isso nos ajuda a compreender nossas vidas e o mundo em que vivemos. Nós olhamos para a frente e este olhar pode ser apenas um pensamento desejoso ou um sonho esperançoso, mas sem a perspectiva promissora do futuro, poderíamos ficar embotados pela apreensão” (J. M. Erikson, 1997c, p. viii e ix).

Joan Erikson, com o “nono estágio”, propõe uma nova maneira de se encarar a velhice, revisitando todos os conceitos que foram apresentados, concebidos e discutidos no oitavo estágio. Para ela, *“a velhice exige que a pessoa reúna experiências prévias e se apoie nelas, mantendo-se consciente e criativa com uma nova dignidade”* (J. M. Erikson, 1997c, p. xii).

A contribuição de Erik Erikson e Joan Erikson é preciosa, pois ela nos traz uma discussão a respeito de uma realidade bem mais presente hoje que nos tempos de outrora: a velhice após os oitenta ou noventa anos.

A velhice nesta fase, vivenciada entre oitenta e noventa anos, se difere das outras fases da velhice, e traz consigo novas exigências, reavaliações e dificuldades diárias. É imprescindível que as pessoas passem a observar e a compreender os estágios finais do ciclo da vida através dos olhos das pessoas de oitenta e noventa anos (J. M. Erikson, 1997b).

O envelhecimento é um fenômeno acompanhado, especialmente, de mudanças físicas significativas, que afetam a vida como um todo, interferindo na independência que estava presente em outras fases da vida. Além disso, aspectos psicológicos também são afetados e modificados, como a esperança e a confiança:

Mesmo os corpos mais bem-cuidados começam a enfraquecer e não funcionam como antes. Apesar de todos os esforços para manter a força e o controle, o corpo continua a perder sua autonomia. O desespero, que assombra o oitavo estágio, é um companheiro próximo do nono, porque é quase impossível sabermos que emergências e perdas da capacidade física estão iminentes. Na medida em que a independência e o controle são desafiados, a autoestima e a confiança enfraquecem. A esperança e a confiança que outrora proporcionavam um sólido apoio, já não são mais os sustentáculos vigorosos de épocas anteriores. Enfrentar o desespero com fé e humildade apropriada talvez seja o curso mais sábio. (J. M. Erikson, 1997b, p. 90).

Desse modo, no nono estágio, cada uma das habilidades psicossociais conquistadas em todos os oito estágios da vida são questionadas, postas à prova. Ou seja, os elementos distônicos, ainda que tenham sido devidamente superados nos estágios anteriores pelos elementos sintônicos, voltam agora com força, proeminência, potência.

Joan Erikson propõe, então, um nono estágio como uma releitura de todos os estágios anteriores, sendo que Erik Erikson os concebeu sempre a partir de uma dinâmica de aspectos sintônicos e distônicos, mas com a prevalência e predominância do aspecto sintônico, uma vez que ele tinha sempre uma visão positiva e otimista da vida e dos potenciais de enfrentamento do ser humano.

Joan Erikson, ao apresentar o nono estágio, propõe que os aspectos distônicos sejam apresentados em primeiro lugar, não porque ela se apresente pessimista quanto a este estágio da vida, mas pelo poder, pela proeminência que os elementos distônicos têm nesta etapa da experiência humana: *“Devemos reconhecer o fato de que as circunstâncias podem colocar o distônico numa posição mais dominante. A velhice é inevitavelmente uma dessas circunstâncias”* (J. M. Erikson, 1997b).

O nono estágio, assim, se apresenta como um reviver das etapas anteriores da vida, a partir do desafio ainda mais intenso de fazer prevalecer os elementos sintônicos de cada fase, a despeito da proeminência dos distônicos. Na verdade, os elementos distônicos surgem como potenciais perturbadores, fazendo surgir novas tensões e conflitos na vida do idoso e promovendo a crise que é própria de cada um dos estágios anteriores propostos por Erikson.

Com a proposta de promover uma releitura de cada um dos estágios, Joan Erikson apresenta como se dá o reaparecimento, o ressurgimento dos elementos distônicos de cada um dos estágios já experimentados na vivência do nono estágio.

4.1.1 Desconfiança básica *versus* confiança: esperança

Quanto ao primeiro estágio vivenciado pelo ser humano, “CONFIANÇA BÁSICA *versus* DESCONFIANÇA BÁSICA”, Erikson salienta que é possível perceber o quanto a criança vivencia sua confiança básica por três sinais observáveis: a facilidade com que ela se alimenta, a boa qualidade do seu sono e o funcionamento normal do seu intestino.

Nesta fase, a criança “vive através da boca e ama com a boca” (E. H. Erikson, 1987, p. 98). Entretanto, embora experimente o mundo primordialmente pela boca, não

necessita apenas de alimento e seu mundo não é exclusivamente biológico. Pelo contrário, é também fundamentalmente social e será pela relação com a figura materna que a criança estabelecerá suas primeiras, intensas e significativas relações sociais.

Assim que a criança se sente atendida, acolhida e alimentada, ela passa a perceber as pessoas à sua volta como merecedoras de confiança, e, posteriormente, aplicar esta mesma confiança a si própria:

O estado geral de confiança implica não só que um indivíduo aprendeu a confiar na uniformidade e continuidade dos provedores externos, mas também que pode confiar em si mesmo e na capacidade de seus órgãos para enfrentar os desejos urgentes. (E. H. Erikson, 1976, pp. 228-229).

A primeira grande tarefa do ego é estabelecer para toda a vida um padrão durável para a solução do conflito nuclear da confiança básica *versus* a desconfiança básica. Se pudéssemos atribuir a esta fase uma pergunta existencial distintiva elaborada fantasticamente pela criança, ela seria: “o meu mundo é previsível e solidário?”.

A “esperança” é a força básica deste estágio de desenvolvimento e, uma vez bem consolidada já nesta fase, tenderá a estar presente nos outros momentos da vida do indivíduo. Os fundamentos da esperança estão nas relações iniciais do bebê com os seus progenitores maternos dignos de confiança, que dão respostas às suas necessidades e proporcionam experiências satisfatórias como tranquilidade, nutrição e carinho.

Segundo Erikson, “esperança é ‘desejo expectante’, uma expressão bem de acordo com uma vaga pressão instintiva de experiências que despertam alguma firme expectativa” (E. H. Erikson & Erikson, 1997, p. 54).

A esperança e a confiança estão interligadas. Esperança envolve um sentimento persistente de confiança, um sentimento que será mantido por toda a vida, apesar dos muitos revezes que poderão ser experimentados. “Sem uma confiança básica, o bebê não pode sobreviver” (E. H. Erikson & Erikson, 1997, p. 90).

Por outro lado, a falta de reconhecimento da mãe por parte do bebê faz surgir nele a antipatia básica do retraimento e da alienação, fazendo-o experimentar a separação e o abandono.

Assim, a confiança é um elemento essencial à experiência de vida humana em todos os momentos da nossa existência. Sem ela a sobrevivência se torna quase impossível. Por isso, em geral, as pessoas vivas têm uma confiança básica e, com ela, a força da esperança.

Esta confiança se mostra como uma proteção contra todas as provas da vida. Um mínimo de desconfiança, por sua vez, é necessário para que possamos nos proteger. Mas a vivência marcada pela desconfiança pode se tornar prejudicial e contaminar todos os aspectos da vida, chegando a nos privar de amor e companheirismo com os seres humanos (J. M. Erikson, 1997b).

A desconfiança, necessariamente, aparece com força na vida dos idosos do nono estágio, devido a diversos fatores, incluindo os físicos:

Os anciãos são forçados a desconfiar das próprias capacidades. O tempo cobra um preço mesmo daqueles que foram sadios e capazes de manter músculos vigorosos, e o corpo inevitavelmente enfraquece. A esperança pode facilmente dar lugar ao desespero diante da contínua e crescente desintegração e à luz de indignidades tanto crônicas quanto súbitas. Mesmo as atividades mais simples da vida cotidiana podem apresentar dificuldades e conflitos. Não surpreende que os anciãos fiquem cansados e frequentemente deprimidos. Mas eles prontamente aceitam que o sol se ponha à noite e rejubilam-se ao vê-lo surgir todas as manhãs. Enquanto há luz, há esperança, e quem sabe que luz brilhante e revelação uma manhã pode trazer? (J. M. Erikson, 1997b, pp. 90-91).

A desconfiança, de alguma forma, se apresenta no nono estágio como proeminente e o desafio do idoso nesta fase é manter a esperança, apesar da afronta da desconfiança.

A questão que se levanta neste momento é: de que maneira o idoso do nono estágio consegue superar a desconfiança, manter-se esperançoso e seguir adiante na vida, apesar da consciência da finitude?

O elemento distônico da desconfiança surge nesta fase da vida possivelmente com mais força do que qualquer outra etapa da vida. E se impõe ao idoso como um grande desafio de buscar confrontá-lo com a confiança e a esperança necessárias para que a vida continue com significado e prazer.

4.1.2 Autonomia *versus* vergonha e dúvida: vontade

O segundo estágio, “AUTONOMIA *versus* VERGONHA E DÚVIDA”, ocorre na vida da criança entre o segundo e terceiro ano de vida.

Nesta fase, a criança experimenta um desenvolvimento muscular que lhe permite controlar os esfíncteres. Agora ela pode resolver quando e onde eliminará seus dejetos, ficando a excreção submetida à sua vontade. Juntamente com o aprendizado do

controle da urina e das fezes, a criança passa a perceber que é possível interpor no mundo a sua vontade.

Assim, a criança vivencia a necessidade de autocontrole e de escolha, ao mesmo tempo em que precisa aceitar o controle das outras pessoas sobre ela. Ela passa a se perceber como pessoa autônoma. Este estágio comumente se configura numa primeira experiência de conflito entre as figuras cuidadoras e a criança. Erikson assim descreve esta fase:

A criança ainda muito dependente começa experimentando a sua vontade autônoma. Nesta época, forças sinistras são contidas e desencadeadas, especialmente na guerra de guerrilhas de vontades desiguais, pois a criança não está, frequentemente, à altura da sua própria e violenta vontade e o pai (ou mãe) e a criança não estão amiúde à altura um do outro” (E. H. Erikson, 1987, p. 108).

Erikson afirma que provocar demasiada vergonha na criança “não conduz a uma verdadeira retidão” (E. H. Erikson, 1976, p. 233). A vergonha excessiva só vai induzir a criança ao descaramento o obriga-la a tentar escapar impunemente, numa atitude fechada, dissimulada e furtiva (Hall et al., 2000).

A vergonha abala a confiança da criança e implementa a experiência da dúvida. “A dúvida é irmã da vergonha” (E. H. Erikson, 1976, p. 233). E neste momento, nesta fase, a criança está estabelecendo as primeiras bases do que vem a ser a discriminação entre o “eu” e o “tu”, entre o “meu” e o “teu”. Um questionamento existencial próprio desta etapa da vida seria: “Eu posso fazer as coisas por mim mesmo ou devo depender dos outros?”.

Neste estágio a força básica é a “vontade”, que envolve o equilíbrio entre exercer a liberdade de escolha e a autolimitação diante das demandas da sociedade. E a antipatia básica é a compulsão, que ocorre quando a criança, vivenciando a vergonha e a dúvida, desenvolve características objetivas, que mais tarde poderá se transformar numa tendência em controlar as coisas e as pessoas à sua volta.

As crianças, ainda bem pequenas, com aproximadamente dois anos de vida, buscam a independência e a autonomia. O desenvolvimento motor permite que, neste estágio, as crianças se desenvolvam e se tornem autônomas, independentes e executoras.

Porém, há limites para esta autonomia e independência e, dependendo da atitude dos pais, a criança pode passar a experimentar insegurança e falta de autoconfiança, afetando sua independência, culminando numa vivência de vergonha e dúvida quanto às suas capacidades.

No nono estágio, o idoso volta a questionar sua independência e sua autonomia, experimentando a mesma dúvida que as crianças podem experimentar quanto às suas capacidades e potencialidades. Se referindo a estes sentimentos de dúvida e vergonha que ameaçam a experiência das crianças, Joan Erikson assim descreve a vivência do idoso no nono estágio:

Parte desta dúvida retorna para os anciãos quando eles deixam de confiar na sua autonomia em relação aos seus corpos e escolhas da vida. A vontade enfraquece, embora possa ser mantida sob controle o suficiente para proporcionar certa segurança e evitar a vergonha da perda do autocontrole. Nós desejamos aquilo que é seguro e bom, e nada é inteiramente seguro, com certeza.

Autonomia. Pensem em como é, em como sempre foi, querer todas as coisas da nossa maneira. Eu desconfio que este impulso continua até o nosso último suspiro. Quando éramos jovens, todas as pessoas mais velhas eram mais fortes e mais poderosas; agora os poderosos são os mais jovens do que nós. Quando somos determinados e obstinados em relação a arranjos feitos para nós e a nosso respeito, todos os elementos mais poderosos – médicos, advogados e nossos próprios filhos adultos – acabam participando. Eles bem podem estar certos, mas isso talvez desperte a nossa rebeldia. A vergonha e a dúvida desafiam a preciosa autonomia (J. M. Erikson, 1997b, p. 91).

A autonomia, nesta fase da vida, se apresenta com elementos sintônicos e distônicos, pois a sua perda (ou a simples ameaça de perda) tem o poder de desorganizar e desestabilizar o desenvolvimento crescente e progressivo que o idoso teve até este momento.

Vergonha e dúvida, elementos naturalmente distônicos, se apresentam novamente e com força na vida do idoso, com uma configuração muito diferente e muito mais abrangente do que se apresentou nos primeiros anos de vida. O idoso já viveu essa crise envolvendo vergonha e dúvida, e agora volta a experimentá-los como sentimentos desorganizadores e perturbadores.

A perda da autonomia, a experiência da vergonha e da dúvida, afetam diretamente a sua vontade. Neste estágio, o idoso passa a vivenciar um abalo no que diz respeito à sua capacidade de viver e fazer respeitar sua vontade, uma vez que, tendo perdido a autonomia, se submete às vontades e desejos de outrem.

O desafio para o idoso, no que diz respeito aos aspectos discutidos neste ponto, é manter-se “criativo e consciente, com uma nova dignidade” (J. M. Erikson, 1997c, p. 12)

4.1.3 Iniciativa *versus* culpa: propósito

O terceiro estágio, “INICIATIVA *versus* CULPA”, ocorre na vida da criança entre o terceiro e quinto ano de vida. Nesta fase a iniciativa surge como um novo modo de explorar o mundo, garantindo à criança uma sensação de realização, uma vez que a autonomia, própria do estágio anterior, e a iniciativa que agora ela desfruta, a transforma numa pessoa que empreende e que se envolve numa dinâmica de atividade e movimento deliberado. Erikson assim descreve esta fase:

A iniciativa soma à autonomia a capacidade de empreender, de planejar e de “atacar” uma tarefa pelo gosto de ser ativo e de estar em movimento, enquanto anteriormente a obstinação muito frequentemente inspirava atos de rebeldia ou pelo menos de independência declarada.

(...) Todavia, a iniciativa é um componente necessário de todo ato e o homem precisa de espírito de iniciativa para tudo o que aprende e faz, desde colher frutas até organizar uma empresa (E. H. Erikson, 1976, p. 235).

Nesta fase, a criança se apresenta muito mais “organizada”, tanto física quanto mentalmente, ocasião em que a criança consegue fazer mais coisas por conta própria, expressando um forte desejo de tomar iniciativa em várias atividades (Hall et al., 2000; Schultz & Schultz, 2002).

Neste estágio se desenvolve a força básica chamada “objetivo”, que nasce com a iniciativa. O objetivo envolve a coragem de conceber e buscar metas (Schultz & Schultz, 2002). Erikson também utiliza a palavra “propósito” como substantivo para o ideal de se adquirir coragem para buscar metas, vencendo a culpa e o medo de punição (Hall et al., 2000).

Embora seja no estágio atual que a criança desenvolverá um sentimento de iniciativa como base para um sentido realista de ambição e propósito, também é neste mesmo estágio que, levada por suas forças imaginativas e fantásticas, a criança experimentará o sentimento de culpa e o terrível medo de ser punida.

Erikson entende que um dos ganhos preciosos desta fase é justamente a experiência da consciência:

O grande governador da iniciativa é a *consciência*. A criança sente agora não só medo de ser descoberta, mas escuta também a “voz interior” da auto-observação, da auto-orientação e da autopunição, que a divide radicalmente em seu próprio íntimo: uma nova e poderosa alienação. Esta é a base ontogenética da moralidade” (E. H. Erikson, 1987, p. 119).

Assim, o estágio da vivência da iniciativa e da culpa tem a função de promover na criança as condições de livrá-la do medo e dos sentimentos de culpa paralisadores, permitindo que ela prossiga a vida em busca dos objetivos e propósitos que ela mesma definirá na sua jornada existencial. O fracasso na resolução desta fase resultará na propagação da antipatia básica da inibição e da falta de iniciativa tão necessária no decorrer da vida.

Como manter a iniciativa no nono estágio? Talvez este seja um desafio árduo para as pessoas nesta fase da vida. Neste estágio, já não é tão simples tomar iniciativas em relação à vida, como era possível pouco tempo atrás.

Iniciativa sugere mover-se numa nova direção, o que pode ser feito por jornada solitária ou com a participação dos outros. O idoso no nono estágio enfrenta dificuldades para manter-se tomando a iniciativa, incluindo aspectos que são afetos à sua própria vida.

A perda da autonomia, muitas vezes imposta pelas limitações físicas e sensoriais do idoso, está diretamente ligada à dificuldade de se tomar iniciativas nesta fase da vida. O novo ritmo de vida que se faz presente neste estágio (ritmo bem mais lento que o experimentado nos estágios anteriores) também impõe um novo modo de se tomar iniciativas.

Os projetos pessoais ficam cada vez menos importantes e cada vez menos exequíveis e, diante disso, o poder de tomar iniciativas vai desaparecendo. Muitas vezes os projetos pessoais podem se apresentar como inadequados, antiquados e impróprios nesta fase da vida.

No entanto, quando não se toma iniciativa, quando não se tem propósito na vida, fatalmente se experimentará um sentimento de culpa e inadequação.

Joan Erikson assim descreve como a culpa surge na vida do idoso que se encontra no nono estágio:

Enquanto antes nós éramos cheios de ideias criativas, depois dos oitenta, tudo não passa de entusiasmo memorável. À distância ele parece demasiado e não centrado. O senso de propósito e o entusiasmo ficam amortecidos; já basta ter de acompanhar um ritmo lento, constante, exigente. A culpa ergue sua feia cabeça quando um ancião está muito disposto a executar algum projeto que parece totalmente satisfatório e atraente – mas apenas pessoalmente (J. M. Erikson, 1997b, p. 92).

A vivência do nono estágio é tão ou mais desafiadora do que a que o idoso experimentou nos estágios anteriores, pois elementos distônicos como a perda da autonomia, a vergonha e dúvida, além da culpa que surge neste momento, devem ser resignificadas para que o idoso viva este estágio com dignidade.

4.1.4 Diligência *versus* inferioridade: competência

O quarto estágio, “DILIGÊNCIA *versus* INFERIORIDADE”, é o último estágio que ocorre na infância e se dá entre os seis e onze anos.

O termo “indústria” também é utilizado por Erikson, no lugar da palavra “diligência”, e está atrelado ao fato de que a criança, nesta fase, desenvolve a sua capacidade de construir coisas, de desempenhar diversas tarefas, de adquirir hábitos de trabalho, especialmente nas atividades escolares. Assim Erikson explica o “sentimento de indústria”:

Se bem que todas as crianças necessitem, por vezes, ficar sozinhas em jogos solitários ou, mais tarde, na companhia de livros e rádio, filmes e televisão; e embora todas as crianças precisem de suas horas e dias de fantasia lúdica, mais cedo ou mais tarde todas elas acabarão descontentes e modificadas sem um sentimento de serem capazes de fazer coisas, de fazê-las bem e a até perfeitamente; foi a isso que demos o nome de sentimento de indústria (E. H. Erikson, 1987, p. 124).

Nesta fase a criança é levada a controlar a sua imaginação produtiva para se dedicar à educação formal, desenvolvendo senso de aplicação e aprendendo a reconhecer as recompensas da perseverança e da diligência.

Erikson acredita que esta fase produtiva é importante para a criança por ser a sua primeira experiência de trabalho e de produção, habilidade que terá de desenvolver no futuro, na vida adulta e que será exigida pela sociedade. Assim, a escola e suas muitas responsabilidades, bem como as tarefas de casa que são pedidas pelos pais, se apresentam como uma primeira forma de produção, avaliação e reconhecimento para a criança.

Outra contribuição importante dessa fase à criança é a habilidade de se relacionar e de compartilhar tarefas com outras pessoas, o que faz dessa fase uma das mais decisivas:

Socialmente, esta fase é uma das mais decisivas. Como a indústria envolve fazer coisas ao lado de outros e com outros, desenvolve-se neste período um primeiro sentido de divisão de trabalho e de oportunidade diferencial – isto é, um sentido de *ética tecnológica* de uma cultura. Portanto, as configurações culturais e as manipulações básicas da tecnologia predominante devem penetrar significativamente na vida escolar, apoiando em todas as crianças um sentimento de competência – isto é, o livre exercício da destreza e inteligência na execução de tarefas sérias, não prejudicado por um sentimento infantil de inferioridade. É esta a base duradoura para a participação cooperativa na vida adulta produtiva (E. H. Erikson, 1987, p. 126).

Como se pode perceber, nesta fase a criança vive a tensão entre desenvolver um sentimento de indústria, de competência, ou um sentimento negativo e destrutivo de

inferioridade, o que significará um prejuízo importante no seu desenvolvimento e afetará certamente a vivência dos estágios seguintes. Para Erikson esse aspecto fica claro quando ele afirma que “o perigo para a criança nessa etapa reside num sentimento de inferioridade e inadequação” (E. H. Erikson, 1976, p. 239).

Por isso, o desafio desta etapa na vida da criança é fazer nascer nela a expectativa da produção, da “indústria”, da competência, sentimento que, se vivenciado nesta fase, poderá perdurar por toda a vida. Nesta fase a criança se pergunta: “Sou competente ou inútil?”. “Nós todos somos classificados segundo a nossa competência” (E. H. Erikson & Erikson, 1997, p. 92).

O idoso de hoje vive num tempo marcado pela competitividade e a competência é uma exigência da sociedade para todas as pessoas, desde as crianças no ambiente escolar, passando pelos adultos no ambiente corporativo, e não poupando os idosos. Nossa sociedade classifica as pessoas pelo crivo da competência, que significa responder às perguntas: em que área você é eficiente? Para que você serve?

Nós somos classificados segundo a nossa competência. (...) Na verdade, tudo o que fazemos ou tentamos fazer exige um padrão de competência para ser aceitável e compreensível. Não é necessário ser original nem inventivo, mas é fundamental ser competente para destacar-se no nosso mundo prático (J. M. Erikson, 1997b, p. 92).

O desafio do nono estágio inclui manter-se competente e por isso a pessoa passou lutando por toda a vida, mantendo-se no mercado de trabalho, com o reconhecimento da sociedade. No entanto, entre oitenta e noventa anos, o senso de competência é abalado, tanto pela sociedade e também pelo próprio idoso.

Como vimos, “diligência” foi um termo utilizado por Erik Erikson para descrever a capacidade produtiva que a criança adquire entre os 6 e 11 anos, ocasião em que ela desenvolve a sua capacidade de construir coisas, de desempenhar diversas tarefas e de adquirir hábitos de trabalho. Erik Erikson, algumas vezes, utiliza o termo “Sentimento de indústria” no lugar do termo “diligência”.

Trata-se de uma luta interna, uma crise e, conseqüentemente, uma conquista para a criança fazer prevalecer dali pra frente em sua vida o sentimento de diligência no lugar do sentimento de inferioridade. Ou seja, uma solução para o sentimento de inferioridade é o sentimento de diligência, de produtividade, de competência. No entanto, na velhice do nono estágio, a pessoa tem profundamente abalado o seu sentimento de diligência e de competência. O que se pode produzir nesta fase final da vida? Quais comportamentos ou

atividades podem ser encarados pela sociedade e pelo próprio idoso como comportamentos construtivos, diligentes, produtivos?

As condições físicas são determinantes neste momento. Sentir-se sem condições de executar uma determinada tarefa por falta de energia, por falta de vigor, pode se traduzir em “sentir-se incompetente”.

Joan Erikson assim descreve como sente o idoso do nono estágio quanto à diligência e a competência:

A diligência, que era uma força impulsionadora quando estávamos com quarenta anos, é uma lembrança difusa. Nós tínhamos tanto orgulho da nossa competência. Tanta energia! Aquela urgência se foi e, provavelmente, isso é uma bênção, porque realmente não temos força suficiente para o ritmo que tínhamos na época. Mas quando os desafios nos impulsionam, somos forçados a aceitar a nossa inadequação. Não ser competente em virtude da idade é depreciativo. Nós nos sentimos como crianças pequenas de idade avançada (J. M. Erikson, 1997b, p. 92).

O sentimento de inferioridade, de incompetência, é forte para o idoso do nono estágio especialmente porque, se ele chegou a este estágio da vida, provavelmente ele se sentiu competente e diligente na maior parte da sua existência. E assim, a luta entre diligência e inferioridade faz brotar um sentimento de incompetência difícil de suportar.

4.1.5 Identidade *versus* confusão de papéis: fidelidade

O quinto estágio, “IDENTIDADE *versus* CONFUSÃO DE PAPEIS”, é aquele que se situa entre a infância e a vida adulta, a que chamamos de adolescência. Por regra, se entende a pertinência deste estágio dos 12 aos 18 anos, mas este período pode variar, uma vez que o chamado período de adolescência atualmente tem sido encarado como um período variável.

Erikson assim define a passagem da infância para a juventude e o mundo dos adultos: “Com o estabelecimento de uma boa relação inicial com o mundo das habilidades e das ferramentas e com o advento da puberdade, a infância propriamente dita acaba. A juventude começa” (E. H. Erikson, 1976, p. 240).

Erik Erikson foi um estudioso que acrescentou importante compreensão a esta fase da vida, à adolescência. O entendimento de que esta fase da vida está especialmente associada ao nosso tempo foi uma contribuição pessoal de Erikson aos estudiosos do tema. Já

em 1968, Erikson entendia que o período da adolescência, da maneira como o percebemos hoje, era produto de uma sociedade industrializada e tecnológica (E. H. Erikson, 1987, p. 128).

No entanto, embora reconheça que a adolescência, do modo como nós a percebemos atualmente, tem aspectos próprios e típicos da nossa sociedade tecnológica, Erikson não desconsidera a verdade de que ela também se configura como uma etapa de profundas crises existenciais e emocionais importantes para o desenvolvimento da pessoa. Pelo contrário, Erikson percebe que os conflitos e crises existenciais desta fase estão associados especialmente pelo aspecto da transitoriedade. É um momento em que se experimenta a transitoriedade por uma vivência que não se pode mais estar associada à infância nem ainda à vida adulta. A esta experiência humana de viver sob a égide da transitoriedade, Erikson denominou “moratória”: “a mente do adolescente é essencialmente uma mente do *moratorium*, que é uma etapa psicossocial entre a infância e a idade adulta, entre a moral aprendida pela criança e a ética a ser desenvolvida no adulto” (E. H. Erikson, 1976, p. 242).

Foi neste contexto e sob esta perspectiva que Erikson cunhou o termo moratória:

Eles precisam, sobretudo, de uma moratória para a integração dos elementos de identidade atribuídos nas páginas precedentes às fases da infância; só que agora, uma unidade mais vasta, indefinida em seus contornos e, no entanto, imediata em suas exigências, substitui o meio infantil: a ‘sociedade’ (E. H. Erikson, 1987, p. 129).

A adolescência e a aprendizagem ainda mais demorada dos anos finais da escola e faculdade podem, na nossa opinião, ser vistas como uma moratória psicossocial: um período de maturação sexual e cognitiva e, no entanto, um adiamento sancionado do comportamento definitivo. Isso proporciona uma relativa liberdade de movimento para a experimentação de papéis, incluindo a de papéis sexuais, todos significativos para a autorrenovação adaptativa da sociedade (E. H. Erikson & Erikson, 1997, p. 65).

Nesta etapa o adolescente vai caminhar na direção da formulação e da conquista da sua identidade. Sua representação social, sua presença na sociedade, sua profissão, suas crenças e seus ideais serão elementos perseguidos nesta fase da vida.

Esta busca pela identidade é uma jornada pessoal que tem forte impacto na adolescência e que se caracteriza pela confirmação de que ele, o adolescente, é uma pessoa única, um ser humano singular, em busca de um papel significativo na sociedade. É o momento em que se pretende definir o que somos e o que queremos ser no futuro. Nesta etapa da vida, o adolescente se pergunta: “Quem sou e para onde vou?”. Talentos, aptidões e

habilidades são perseguidos e integrados neste momento da vida do adolescente e o processo de identificação com outras pessoas semelhantes a ele contribui para a sua afirmação e descoberta.

Por ser um período de transição entre a infância e a vida adulta, por um lado, e a percepção de uma mudança social e história iminente na sua configuração pessoal, o adolescente tende a experimentar esta fase com sofrimento, pois vivencia naturalmente a confusão de papéis e a confusão de identidade (Hall et al., 2000).

Por outro lado, as pessoas que saem desta fase com um forte senso de autoidentidade estão equipadas para enfrentar a idade adulta com certeza e confiança (Schultz & Schultz, 2002).

E a busca de identidade, além de legítima, é constitutiva para todas as pessoas, pois a identidade envolvida está em todas as esferas da vida. Identidade é essencial a todo ser humano. Sem uma identidade definida qualquer pessoa experimenta conflitos e sofrimento, a ponto de poder chegar a experienciar a vivência da alienação no seu sentido mais amplo. Daí se depreende a natureza e a intensidade dos conflitos vividos nesta etapa da vida. “Na selva social da existência humana, não existe sentimento vivencial sem um sentimento de identidade” (E. H. Erikson, 1987, p. 130).

Tendo em vista que a atual configuração da fase da adolescência está intimamente ligada à característica tecnológica da nossa sociedade, que exige das pessoas qualificação e tempo significativo de preparo para que ela consiga ingressar no mercado de trabalho, e, conseqüentemente, no mundo adulto, a identidade ocupacional, profissional, está no cerne do conflito do adolescente.

Assim, a força básica própria deste estágio é a fidelidade ou lealdade que, desenvolvida durante a adolescência, nasce a partir de uma identidade do ego coesa e inclui a sinceridade, a genuinidade e um senso de dever dos nossos relacionamentos com as outras pessoas (Schultz & Schultz, 2002).

Por toda a vida, especialmente após a vivência da adolescência, o idoso lutou para construir uma identidade, para definir seus papéis sociais, seu *status* na sociedade. Para isso, escolheu uma profissão, trabalhou, possivelmente constituiu uma família, foi reconhecido na sociedade por quem era e o que fazia.

Joan Erikson (1997) afirma que um dos maiores desafios da vida é solucionar um problema: reconhecer a nossa visão sobre nós mesmos e o que os outros percebem de nós. Durante toda a vida, a partir da adolescência, passando por pela fase adulta, lutamos para nos

firmar como pessoa, construir uma identidade única e responder, para nós mesmos e para a sociedade, quem realmente somos.

Joan Erikson (1997) argumenta que este senso de identidade que lutamos para construir e que depois desfrutamos por boa parte da vida fica significativamente abalada na velhice, na experiência do idoso do nono estágio:

Estar confuso sobre sua identidade existencial faz com que a pessoa seja um enigma para si mesma e para muitas, talvez a maioria, das outras pessoas. Com o envelhecimento, podemos sentir uma incerteza real sobre *status* e papel. Por que nomes você deseja ser chamado na sua velhice? Quão independente você consegue ser? Quem é você aos oitenta e cinco anos e depois, quando comparado a quem era no meio da vida? O seu papel não é claro quando comparado à firmeza da sua posição e propósito anteriores. De fato, podemos ficar confusos sobre qual papel, qual posição se espera que tenhamos nesse período, quando valores mais antigos tornam-se subitamente vagos e desmoronam (J. M. Erikson, 1997b, p. 93).

Lá na fase em que se buscou e se desenvolveu a identidade, a força básica própria a ser alcançada foi a fidelidade. Schultz & Schultz (2002) afirmam que a fidelidade ou lealdade desenvolvida durante a adolescência nasceu de uma identidade do ego coesa, que inclui a sinceridade, a genuinidade e um sentido de dever dos nossos relacionamentos com as outras pessoas.

No nono estágio, na velhice, o indivíduo, devido a tantas mudanças experimentadas tão intensamente nos últimos anos, sejam ela de ordem física, social ou psicológica, passa por uma nova crise de identidade, que é capaz de ressignificar, inclusive, a fidelidade dele com as pessoas que estão à sua volta.

O conceito de “crise de identidade” foi cunhado por Erik Erikson e aplicado principalmente para a etapa da adolescência, etapa em que a busca e a formação de uma identidade são buscadas insistentemente, gerando profundas crises existenciais, crises próprias desta fase da vida.

No entanto, Erik Erikson também entende que a “crise de identidade” pode ser aplicada no decorrer da vida e não somente na adolescência. Assim, a aplicação que Joan Erikson faz de “crise de identidade” no nono estágio de desenvolvimento é muito pertinente e justificável.

Diversos fatores, especialmente os ligados à saúde e à condição física se apresentam nesta fase como limitadores de muitas das tarefas que sempre estiveram ligadas à identidade do idoso. Até mesmo os papéis que sempre foram desempenhados no decorrer da

vida com maestria, agora apresentam dificuldade de serem exercidos, pela própria condição da velhice.

Assim, pensar numa crise de identidade na velhice, especialmente no nono estágio, é uma forma de contribuir para a compreensão da experiência das pessoas que estão nesta fase da vida.

Uma semelhança nas vivências da adolescência com o nono estágio da vida é a experiência da transitoriedade. Como vimos, Erikson entendia que é preciso considerar um tempo à adaptação entre as vivências infantis e o ingresso no mundo dos adultos. E esta adaptação é vivida com sofrimento pelo adolescente.

Em certo grau, o mesmo ocorre com o idoso no nono estágio: o sofrimento é experimentado ao perceber a transitoriedade por uma vivência que não se pode mais estar plenamente associada à vida adulta, muitas vezes com características semelhantes à dependência e à perda da autonomia vivenciadas na infância. E esta vivência acentua a sua crise de identidade.

A fidelidade se apresenta como um desafio para o idoso no nono estágio: conseguirá ser fiel a ele mesmo e continuar a manter-se como pessoa única, com identidade, apesar de todas as dificuldades impostas neste momento?

4.1.6 Intimidade *versus* isolamento: amor

O sexto estágio, “INTIMIDADE *versus* ISOLAMENTO”, é o primeiro estágio da vida adulta e, com início no final da adolescência, segue até que a pessoa estabeleça a independência dos pais e de instituições, como a faculdade, e comece a atuar como um adulto maduro, responsável e produtivo.

Neste estágio o indivíduo estabelece relacionamentos significativos, por meio de amizades íntimas e relações sexuais. Embora a intimidade não se limite a relacionamentos sexuais, para Erikson, ela engloba também carinho e compromisso.

Como mencionado acima, a segurança adquirida em qualquer das etapas é requisitada e posta à prova na etapa seguinte, sendo mesmo necessário transcendê-la. Na fase anterior, o adolescente lutou para conquistar o que ele mais ansiava, a sua identidade. Agora ele precisa dispor da identidade tão buscada e conquistada com tanto investimento para se ligar com a identidade de outra pessoa:

O adulto jovem, que emerge da busca e persistência em uma identidade, anseia e se dispõe a fundir sua identidade com a dos outros. Está preparado para a intimidade, isto é, a capacidade de se confiar a filiações e associações concretas e de desenvolver a força ética necessária para ser fiel a essas ligações, mesmo que elas imponham sacrifícios e compromissos significativos” (E. H. Erikson, 1976, p. 242).

Os jovens adultos, nesta etapa, devem estar preparados e dispostos a unir sua identidade a outras pessoas. Ou seja, é possível que a pessoa consiga ligar a sua identidade com a de outra pessoa sem submergi-la ou perdê-la no processo (Schultz & Schultz, 2002).

Este processo de busca do outro e de intimidade garante ao jovem a sensação de completude neste estágio da vida. Esta busca torna este estágio um período muito interessante e promissor, se o indivíduo estiver conseguindo caminhar pela trilha da intimidade.

Uma contribuição bem interessante de Erikson é a apresentação do amor como um conceito psicológico e social relevante a ser experimentado neste estágio. É tarefa conseguir atribuir ao amor um valor emocional que transcende os muitos significados que a palavra e o conceito experimenta na literatura, fixando-o como um termo e um valor intrinsecamente psicossocial, fundamental ao desenvolvimento humano.

É conhecido o pronunciamento de Freud que afirma que o aquilo que se esperava que uma pessoa saudável era a sua capacidade de amar e trabalhar. Erikson parte dessa premissa freudiana, e entende que amar alcança a complexa área do relacionamento social:

Quando Freud disse “amor”, ele significava tanto a generosidade da intimidade como o amor genital; quando disse amar e trabalhar, significava uma produtividade geral do trabalho que não preocupasse o indivíduo ao ponto em que se pudesse perder o seu direito ou capacidade para ser uma criatura sexual e amorosa (E. H. Erikson, 1987, p. 137).

O amor, na forma como Erikson o concebe nesta fase, deve ser sempre equiparado à mutualidade, à capacidade de se viver a experiência da intimidade, que, obrigatoriamente, envolve e considera o outro, sem que isso se traduza numa perda da identidade de nenhuma das partes.

A intimidade está fortemente associada à generatividade, que será uma o valor sintônico da próxima fase:

A intimidade e a generatividade, obviamente, estão muito relacionadas, mas a intimidade precisa primeiro proporcionar uma espécie de ritualização associativa que cultiva estilos de grupo fechado, mantido unido por forças de comportamento e

linguagem muitas vezes extremamente idiossincráticas. Pois a intimidade permanece a guardiã daquele poder elusivo e, no entanto, tão universal na evolução psicossocial, o poder do estilo comunal e pessoal. Ele transmite e exige convicção nos padrões de vida compartilhados, garante certa identidade individual, mesmo na intimidade conjunta, e transforma numa maneira de vida a solidariedade de um comprometimento conjunto com um estilo de produção. Estas, pelo menos, são as metas elevadas com as quais, a princípio, o desenvolvimento está sintonizado (E. H. Erikson & Erikson, 1997, p. 63).

No entanto, como em todos os estágios, este também guarda o seu perigo e a sua ameaça. Nesta etapa o maior risco é o do isolamento, ou seja, evitar a intimidade. O adulto jovem, nesta fase da vida, se pergunta: “compartilharei minha vida com outra pessoa ou viverei só?”.

Erikson entende ser este um risco grave para o desenvolvimento do indivíduo, pois sem a mutualidade e a vida compartilhada, a pessoa experimenta uma situação que se configura como uma barreira às conquistas que ainda estão por vir nas etapas seguintes.

Erikson afirma que para o jovem esta experiência de intimidade é essencial e evita-la poderá causar prejuízos na própria formação do caráter, com consequências desastrosas pela vida toda:

Quando um jovem não consuma essas relações íntimas com outros – e, acrescentaria eu, com os seus próprios recursos internos – no final da adolescência ou no início da vida adulta, ele poderá procurar relações interpessoais sumamente estereotipadas e acabar retendo um profundo *sentimento de isolamento*. Se os tempos favorecem um tipo impessoal de padrão interpessoal, um homem pode ir longe, muito longe na vida e, entretanto, albergar um grave problema de caráter, duplamente penoso porque ele nunca se sentira realmente ele próprio, embora todos digam que ele é ‘alguém’ (E. H. Erikson, 1987, p. 136).

Evitar a experiência da mutualidade e da intimidade se deve a um temor de perda por parte do ego, a um medo de se comprometer a identidade pela qual se conquistou no estágio da adolescência. Erikson afirma que o compromisso com o outro, a intimidade e a vida em parceria, embora seja assustador para o jovem que lutou pela sua identidade, contribui para a solidificação da sua própria identidade, pois “ninguém pode ‘saber’ quem ‘é’ antes de encontrar e testar parceiros promissores no trabalho e no amor” (E. H. Erikson & Erikson, J., 1997, p. 63).

Ademais, o isolamento ou o distanciamento da intimidade facilmente pode se converter numa força negativa para o indivíduo:

A contrapartida da intimidade é o distanciamento: a facilidade em repudiar, isolar e, se necessário, destruir aquelas forças pessoais cuja essência parece perigosa para o

indivíduo. Assim, a consequência duradoura da necessidade de distanciamento é a presteza em fortificar o território próprio de intimidade e solidariedade e em ver todos os estranhos com uma fanática “supervalorização das pequenas diferenças” entre o familiar e o desconhecido (E. H. Erikson, 1987, p. 136).

O reverso da intimidade é o distanciamento: a tendência a isolar e, se necessário, a destruir aquelas forças e pessoas cuja essência parece perigosa para a própria, e cujo “território! Parece invadir o âmbito das próprias relações íntimas (E. H. Erikson, 1976, p. 243).

Como se percebe, o isolamento ou o distanciamento são prejudiciais não apenas ao indivíduo, mas à sociedade como um todo, pois o contrário da mutualidade e intimidade é a competitividade, que fortalece o preconceito aos diferentes e aos que estão “distantes”. Esta pode ser descrita como uma vivência de exclusividade e repúdio.

Por fim, a luta neste estágio é a busca da intimidade, vencendo a possibilidade de isolamento, garantindo assim a experiência plena da genitalidade e da mutualidade, resultando na experiência do amor. “Os anos de intimidade e amor são brilhantes, ensolarados e cheios de calor. Amar e encontrar-se com o outro é algo que traz satisfação e deleite” (E. H. Erikson & Erikson, J., 1997, p. 93).

“A partir da resolução da antítese entre a intimidade e o isolamento, todavia, emerge o amor, aquela mutualidade de dedicação madura que promete resolver os antagonismos inerentes na função dividida” (E. H. Erikson & Erikson, 1997, p. 62).

Assim, a experiência da intimidade se dá de várias formas no decorrer da vida. No entanto, a forma mais intensa de experimentar a intimidade é a formação da família e a generatividade³ observada nos filhos. Esta intimidade é o antídoto do isolamento.

Porém, mesmo aqueles que não tiveram a experiência de gerar uma família e ver os filhos crescerem podem, de forma sublimada, experimentar uma vida de encontros e significados, livre do isolamento:

Os anos de intimidade e amor são brilhantes, ensolarados e cheios de calor. Amar e encontrar-se no outro é algo que traz satisfação e deleite. Acrescentar filhos ao círculo é um enriquecimento que traz muito prazer. Vê-los crescer e se tornarem capazes de assumir suas próprias vidas é maravilhoso e gratificante.

Nem todos são tão afortunados e abençoados. Um senso de isolamento e privação ataca aqueles para os quais este rico período não é realizado. O ancião que envelhece pode, sem dúvida, sentir-se isolado e deixado de lado, se a vida não lhe trouxe estas

³ A generatividade se traduz por todos os produtos e realizações que beneficiam o sistema social e promovem sua continuidade e melhoria. Pode ser entendida como o sentimento que leva a pessoa a cuidar, ensinar, liderar e promover o bem-estar da próxima geração. Por ela, a pessoa perpetua o seu desejo de experimentar uma imortalidade simbólica, especialmente como os filhos.

riquezas para lembrar e apreciar. Se na velhice não existem tais lembranças a evocar a partir de fotografias ou histórias lembradas, pode haver ao invés uma total dedicação à arte, literatura ou estudo para compensar estas perdas. Alguns indivíduos dedicam-se prazerosa e completamente ao seu trabalho, sua profissão e criatividade (J. M. Erikson, 1997b, p. 93).

O padrão de intimidade estabelecido ao longo da vida garante à pessoa a qualidade de relações interpessoais e uma rede mais ou menos ampla de contatos e ligações pessoais. Assim, após a juventude, as pessoas vão estabelecendo relações, criando uma rede de ligações pessoais que são importantes durante toda a vida, contribuindo significativamente com a maneira como ela vai enfrentar as crises próprias da existência, se sozinha ou acompanhada de outras pessoas.

Um dos aspectos inerentes à longevidade daquele que atinge a oitava ou nona década é conviver com as perdas de pessoas que faziam parte do seu ciclo de intimidade. Viver mais implica em contemplar o passamento das outras pessoas, uma vez que nem todos têm a oportunidade de uma vida tão longa. Este fato, por si só, pode representar um abalo significativo no ciclo de amizades e de intimidade do idoso do nono estágio.

O padrão de interação social pode ser significativamente diferente na experiência da pessoa que está passando pelo nono estágio. Joan Erikson assim descreve esta mudança na vida do idoso:

Os anciãos do nono estágio podem ser incapazes de manter sua maneira de relacionar-se com os outros. A nossa maneira típica de envolvimento e contato com as pessoas pode ser dominada por novas incapacidades e dependências. As pessoas mais velhas talvez precisem iniciar a interação com maior frequência, pois os outros podem ficar inseguros ou pouco à vontade, sem saber como “quebrar o gelo”. O constrangimento, resultante da confusão sobre como interagir com alguém que não é “como todo mundo”, pode privar muitos anciãos de relações potenciais e intercâmbios íntimos. Para aumentar a confusão, a comunidade de outras pessoas idosas pode diminuir ou expandir-se de acordo com as circunstâncias; no mínimo ela mudará frequentemente (J. M. Erikson, 1997b, pp. 93-94).

Erik Erikson entende o amor não como um conceito que se prende a um valor poético ou romântico que a sociedade costuma atribuir. Como vimos, para Erik Erikson o amor é um conceito psicológico e social relevante a ser experimentado como distintivo de um bom desenvolvimento humano, vivenciado de forma ativa a partir do início da vida adulta e que nasce da mutualidade, da relação entre as pessoas, e que precisa ser vivenciado ao longo de toda a existência humana.

Erik Erikson entende que o desenvolvimento exitoso inclui transformar os indivíduos em pessoas com a capacidade de amar, em pessoas amorosas, que sabem dar e

receber amor. E o amor precisa ser equiparado à mutualidade, à capacidade de se viver a experiência da intimidade, que, obrigatoriamente, envolve e considera o outro.

O idoso do nono estágio precisa encontrar energia e disposição para, a todo momento, conseguir se ligar, se conectar a outras pessoas (ou até mesmo às mesmas com quem conviveu durante boa parte da vida), mas agora sob um outro padrão de relacionamento.

Contudo, as relações do idoso do nono estágio não podem deixar de ser marcadas pelo amor. Necessitam ser vistas como “relações amorosas” no sentido mais extenso do termo.

É verdade que a condição de idoso de idade avançada modificou muitas coisas na sua vida, inclusive o seu padrão de relacionamento e o jeito de manter-se conectado. Viver com intimidade de qualidade com as pessoas que estão ao seu redor é a única forma de fazê-lo enfrentar o sentimento de isolamento.

Seja na infância, na adolescência, juventude, vida adulta ou velhice, em qualquer fase da vida a experiência de amar é imprescindível e está associada à realização e ao prazer.

4.1.7 Generatividade *versus* estagnação: cuidado

O sétimo estágio, “GENERATIVIDADE *versus* ESTAGNAÇÃO”, é marcado pelo momento em que a pessoa está alcançando a maturidade.

A principal marca deste estágio é o envolvimento ativo com o ensino e a orientação da próxima geração. Nesta fase, os indivíduos se tornam mentores, “professores”, ou buscam alguma forma de orientar os mais jovens para a melhora da sociedade como um todo. Neste estágio, a maioria das pessoas constitui família e tem a experiência da geração de filhos.

J. Erikson assim resume esta fase da vida:

O estágio da generatividade reivindica o período de tempo mais longo no gráfico – trinta anos ou mais, durante os quais a pessoa estabelece um compromisso de trabalho e talvez comece uma nova família, dedicando tempo e energia a incrementar sua vida sadia e produtiva. Durante este período, o trabalho e os relacionamentos familiares confrontam a pessoa com os deveres de cuidador e uma crescente variedade de obrigações e responsabilidades, interesses e celebrações. Quando isso é satisfatoriamente coesivo, tudo pode correr bem e prosperar. É uma época maravilhosa para se estar vivo, sendo cuidado e cuidando, cercado pelas pessoas mais próximas e queridas (J. M. Erikson, 1997b, p. 94).

Erikson acreditava que o envolvimento pessoal com todas as instituições, sejam elas comerciais, governamentais, de serviços sociais, acadêmicas ou até religiosas, oferece às pessoas desta fase chances de expressar preocupação e exercer influência sobre as próximas gerações: “quanto às instituições que reforçam a generatividade e a salvagam, só podemos dizer que todas as instituições, pela sua própria natureza, codificam a ética da sucessão generativa” (E. H. Erikson, 1987, p. 139).

Nesta fase se tem a ideia de que o importante na vida é aquilo que é gerado, é o legado que podemos deixar para as próximas gerações e este legado tem um valor social e é importante para a personalidade da pessoa adulta.

Para expressar esta necessidade de ensinar, deixar um legado, envolver-se, de alguma forma com as gerações seguintes, Erikson usou a palavra “generatividade” como central para esta fase e deixou claro que ela é um conceito muito caro para ele. Em 1950, quando escreveu “Infância e Sociedade” assim apresenta a importância do termo no conjunto da sua obra e pensamento:

Este livro enfatiza as etapas da infância; se assim não fosse, a sessão sobre a generatividade necessariamente seria central, porque este termo abrange o desenvolvimento evolucionário que fez do homem o animal que ensina, que instrui, assim como o que aprende” (E. H. Erikson, 1976, p. 245).

E a generatividade tanto ocupa o lugar central nesta fase, que ela é vista por Erikson como “uma força propulsora na organização humana” (E. H. Erikson, 1987, p. 139). A pergunta central que a pessoa formula para si mesma nesta fase é: sou capaz de produzir algo realmente de valor?

Erikson assim discorre a respeito da generatividade:

A generatividade, nós dissemos, inclui procriatividade, produtividade e criatividade e, portanto, a geração de novos seres, novos produtos e ideias, incluindo uma espécie de autogeração relativa ao desenvolvimento adicional da identidade (E. H. Erikson & Erikson, J., 1997, p. 59).

Muitas pessoas podem pensar que a palavra “generatividade” está associada apenas à procriação, à educação dos próprios filhos, imaginando que pessoas que, por algum motivo, não gerarem filhos não seriam incluídas entre aquelas que experimentam os benefícios deste conceito. No entanto, Erikson entende que ela, embora esteja mesmo associada de alguma forma à formação da família e à geração de filhos, extrapola este conceito e pode ser experimentada de outras maneiras:

A evolução fez do homem um animal tanto ensinante como aprendiz, visto que dependência e maturidade são recíprocas; o homem maduro necessita ser necessitado e a maturidade é guiada pela natureza daquilo que dever ser assistido. A *generatividade* é, pois, de modo primordial, a preocupação em estabelecer e orientar a geração seguinte. Existem, é claro, pessoas que, por infortúnio ou por dotes especiais e genuínos em outras direções, não aplicam este impulso a sua progênie própria mas a outras formas de interesse e criatividade altruísticos que podem absorver a sua espécie de impulso parental (E. H. Erikson, 1987, p. 138).

A generatividade, nesta fase da vida, deve ser experimentada da forma mais intensa e integral. O cuidado é a força básica deste estágio:

Se o cuidado é a expressão de uma tendência *simpática* vital com uma grande energia instintual à sua disposição, também existe uma tendência *antipática* correspondente. Na velhice nós chamamos esta tendência de desdém; no estágio da generatividade, é a rejeição, isto é, a relutância em incluir pessoas ou grupos especificados na nossa preocupação generativa – nós *não nos importamos em cuidar deles*” (E. H. Erikson & Erikson, J., 1997, p. 60).

Se a generatividade é fraca ou não tem expressão, há o forte risco de ocorrer regressão ou estagnação. A estagnação é expressa por um sentimento de tédio, empobrecimento interpessoal e de inutilidade.

Assim, o indivíduo nesta fase recebe a tarefa de se perceber responsável pelas gerações seguintes e de se entender como pessoa que ofereceu significativa contribuição para elas. Sem este entendimento, a experiência neste estágio é desagradável e tende a ser percebida como imprópria ou extremamente improdutiva. “Um adulto precisa estar pronto para se tornar um modelo numinoso aos olhos da geração seguinte e para agir como um juiz do mal e um transmissor de valores ideais” (E. H. Erikson & Erikson, J., 1997, p. 62).

Erikson entende que o amor e o cuidado são elementos fundamentais que precisam ser cultivados nesta fase da vida. Eles serão centrais na experiência da vida adulta, uma vez que os objetivos, os propósitos de vida desta fase estão estreitamente ligados a estes dois conceitos:

Com o amor e o cuidado da idade adulta, entretanto, surge gradualmente um fator extremamente crítico do meio da vida: a evidência de um estreitamento de escolhas por condições já irreversivelmente escolhidas pelo destino ou por nós mesmos. Agora, as condições, circunstâncias e associações se tornaram a nossa realidade única de vida. O cuidado adulto deve, portanto, concentrar-se nos meios de cuidar vitaliciamente daquilo que a pessoa escolheu irrevogavelmente, ou, na verdade, foi forçada a escolher pelo destino, de modo a cuidar disso dentro das exigências tecnológicas do momento histórico (E. H. Erikson & Erikson, 1997, p. 69).

Há um momento na vida, como vimos, que, na esteira do desenvolvimento, a pessoa é chamada para a generatividade ou para a estagnação. E este tempo é configurado pelo período mais longo de todos os estágios de desenvolvimento.

Durante este tempo o indivíduo se percebe “cuidador”, tendo sob seus ombros outras pessoas que dependem diretamente de seus cuidados, o que o obriga a assumir uma infinidade de obrigações e deveres que lhe garantam o êxito de cuidar das outras pessoas.

O “cuidado” é um elemento essencial que se desenvolve nesta fase da vida. E durante boa parte da vida a atuação como “cuidador” não somente foi exigida pela sociedade, como também foi exercida pela pessoa de meia idade. O fato é que “cuidar” de outras pessoas geralmente se transforma numa vocação, num imperativo, numa característica própria do indivíduo. Passa a ser o seu jeito de ser.

Ao chegar ao nono estágio, esta lógica, abruptamente, se inverte. De cuidador, o idoso passa a ser objeto de cuidados. Sua vocação de cuidador desenvolvida ao longo da vida se vê aos pedaços. Sua identidade de cuidador, arruinada.

E esta mudança de perspectiva, de cuidador para objeto de cuidado de outrem, afeta profundamente sua identidade. E quanto mais intensa for a atuação como provedor e cuidador, mais drástica pode ser a passagem da condição de cuidador para aquele que necessita de cuidados.

E o risco de deixar de ser cuidador, generativo, provedor é experimentar a amargura da estagnação. A estagnação faz-se acompanhada de sentimentos muito negativos do ponto de vista psicológico e emocional, como o sentimento de tédio, de empobrecimento interpessoal e de inutilidade.

Joan Erikson assim descreve esta etapa da vida da seguinte maneira:

Aos oitenta ou noventa anos, podemos começar a ter menos energia, menos capacidade de ajustamento rápido ao caráter abrupto das mudanças que nos são impostas pelos corpos ocupados ao nosso redor. A generatividade, que incluiu o maior envolvimento de vida dos indivíduos ativos, necessariamente já não é esperada na velhice. Isso liberta os anciãos da tarefa de cuidador. Entretanto, não ser necessário pode ser sentido como uma designação de inutilidade. Quando não existem desafios, podemos ser tomados por um senso de estagnação. Outras pessoas, naturalmente, podem receber isso com satisfação, como uma promessa de descanso, mas afastar-se totalmente da generatividade, da criatividade, do cuidado de e com os outros, seria pior que a morte (J. M. Erikson, 1997b, p. 94).

O sentimento de estagnação vem associado ao fato do idoso ter perdido a condição de continuar a ser cuidador e também pelo fato de que ele se percebe

“desnecessário”. Perceber-se como alguém “desnecessário” numa sociedade tão utilitarista pode, realmente, como diz acima Joan Erikson, ser “pior que a morte”.

No entanto, embora a sociedade tenha experimentado um envelhecimento exponencial, muitas vezes se observa que a velhice não é compreendida como uma fase da vida que mereça ser valorizada.

Às vezes, temos a impressão de que o que se observa ao nosso redor é que as considerações de Simone de Beauvoir (Beauvoir, 1990), em sua obra “A velhice” (embora apresente considerações muito desfavoráveis e pessimistas em relação à maneira como o idoso é tratado pela sociedade), permanecem vigentes e atuais. Neste sentido, Erik Erikson assim se manifestou: “Sem um ideal culturalmente viável da velhice, a nossa civilização realmente não possui um conceito de totalidade de vida” (J. M. Erikson, 1997b, p. 96).

O idoso ainda não é suficientemente valorizado em nossa sociedade. Estamos vivendo numa sociedade que, embora esteja envelhecendo rapidamente, ainda não aprendeu a valorizar o idoso e o seu papel na sociedade. Esta atitude disseminada socialmente apenas reforça o sentimento de inadequação e estagnação na vida do idoso. Quanto a este tema, Joan Erikson assim se manifesta:

A atitude habitual em relação aos anciãos na nossa sociedade é espantosa. Embora documentos históricos, antropológicos e religiosos registrem que anciãos longevos de épocas antigas eram aplaudidos e inclusive reverenciados, a resposta deste século aos indivíduos velhos geralmente é de escárnio, palavras de desprezo e inclusive repulsa (J. M. Erikson, 1997d, p. 98).

O idoso no nono estágio, devido às suas limitações físicas e sensoriais, muitas vezes se sente estagnado. E a falta de reconhecimento e valorização do idoso por parte da sociedade apenas faz reforçar este sentimento distônico e perturbador.

4.1.8 Integridade *versus* desespero e desgosto: sabedoria

Este é o último dos estágios definidos por Erik Erikson como “As oito idades do homem”, em 1950, em seu livro “Infância e Sociedade”. Na sua concepção, este estágio deveria ocorrer a partir dos 60 anos de idade, aproximadamente, quando a pessoa já é considerada idosa.

Esta é a fase final, o desfecho do desenvolvimento psicossocial, ocasião em que o indivíduo se depara com uma opção entre a integridade do ego e o desespero, e esta opção se dá pela forma como se avalia a vida como um todo.

Erikson entende que este estágio é o resultado de um desenvolvimento e amadurecimento que ocorreram durante toda a vida. E a palavra que melhor pode descrever este estágio é “integridade”:

Na pessoa em progressivo amadurecimento com a idade que zelou pelas coisas e pessoas e se adaptou aos triunfos e desapontamentos de ser, necessariamente, a originadora de outras e a geradora de coisas e ideias – só nela o fruto das sete fases gradualmente amadurece. Não conheço melhor palavra para isso do que *integridade* (E. H. Erikson, 1987, p. 139).

Erikson entende que esta *integridade* tem a garantia acumulada da propensão do ego para a ordem e o significado das coisas e da vida, bem como a aceitação por parte da pessoa do seu ciclo vital e daqueles que se tornaram significantes para ela, entendendo que assim tinha de ser, ou seja, é a percepção de que “a vida de cada um é de sua própria responsabilidade” (E. H. Erikson, 1987, p. 140):

Uma vida individual é a coincidência accidental de um único ciclo vital com um único segmento de história e que, para ele, toda a integridade humana se mantém e cai com aquele estilo de integridade de que ele compartilha (E. H. Erikson, 1987, p. 140).

Nesta fase da vida, os maiores sonhos, planos ou esforços já estão concluídos ou quase concluídos. Assim, é natural que a pessoa nesta fase rememore o passado, as realizações e as dificuldades e frustrações, culminando numa espécie de revisão final da vida. Neste estágio da vida, o idoso formula uma pergunta muito pertinente ao seu atual para o seu momento: vivi a vida plenamente?

A integridade do ego ocorre quando esta reavaliação é satisfatória, quando, ao olhar para trás, o idoso consegue enxergar realização e satisfação, entendendo que enfrentou a vida, de um modo geral, de maneira adequada, que lidou bem com as vitórias e derrotas. Ou seja, o idoso aceita o seu lugar e o seu passado (Schultz & Schultz, 2002).

A integridade não é somente um conceito psicológico associado à velhice. Erikson a define como o traço sintônico dominante do último estágio e como uma vivência que convive e conflita com diversos fatores próprios desta fase da vida:

Em seu sentido mais simples, ela é, evidentemente, um senso de *coerência* e *inteireza* que certamente corre um risco supremo naquelas condições terminais que incluem uma *perda de vínculos* nos três processos organizadores: no Soma, o enfraquecimento geral da interação tônica nos tecidos conectores, vasos que distribuem o sangue e o sistema muscular; na Psique, a gradual perda de coerência mnemônica da experiência, passada e presente, e, no Etos, a ameaça de uma perda súbita e quase total da função responsável pela interação generativa. O necessário aqui poderia simplesmente ser

chamado de ‘integralidade’, uma tendência a manter as coisas unidas (E. H. Erikson & Erikson, 1997, p. 58).

Para Erikson, a integridade é um conceito mais que fundamental nesta fase da vida, no que ele considerava o último estágio da vida e será importante, acima de tudo, para determinar a maneira como o idoso enxergará o seu atual estágio. “A vida individual é a coincidência de apenas um ciclo de vida com apenas um segmento da história; e toda a integridade humana resiste ou sucumbe, de acordo com aquele estilo de integridade que partilhamos” (E. H. Erikson & Erikson, J. 1997, p. 59).

Porém, caso a conclusão da sua revisão seja negativa, insatisfatória ou marcada por um senso de frustração pelas oportunidades perdidas, arrependimentos de coisas que já não podem ser corrigidas, situações inacabadas desagradáveis, a integridade não se consolida e, no seu lugar, surge a vivência do desespero.

O desespero é o contraponto da integridade. “O desespero expressa o sentimento de que o tempo é curto, demasiado curto para a tentativa de começar uma outra vida e experimentar rumos alternativos para a integridade” (E. H. Erikson, 1987, p. 140).

Neste caso, a morte assume um significado próprio. Caso o idoso tenha conseguido chegar a esta fase experimentando a integridade, a morte perde o seu caráter pungente. No entanto, no caso de vivenciar o desespero, a desesperança, o sentido da morte assume um caráter ameaçador.

Na concepção de Erikson, o ciclo da vida depende da integridade que pode contribuir com o bem estar das pessoas por todo o ciclo vital:

Confiança (o primeiro de nossos valores do ego) é a ‘certeza da integridade do outro’, o último dos nossos valores. (...) É possível parafrasear ainda mais a relação entre a integridade adulta e a confiança infantil dizendo que as crianças sadias não temerão a vida se seus antepassados tiveram integridade bastante para não temer a morte (E. H. Erikson, 1976, p. 248).

Porém, a experiência de vida nesta fase sem a integridade é marcada pelo desespero, pela desesperança. A vivência do desespero pode gerar desgosto pessoal, desdém com as outras pessoas, além de um amargor em relação ao que poderia ter sido feito no decorrer da vida e não há mais tempo para fazer.

As provas clínicas e antropológicas sugerem a falta ou perda dessa integração acumulada do ego se manifesta pela *repulsa* e pelo *desespero*: a sorte não é aceita com estrutura da vida, a morte não como a sua fronteira finita. O desespero expressa o sentimento de que o tempo é curto, demasiado curto para a tentativa de começar uma outra vida e experimentar rumos alternativos para a integridade. Semelhante desespero

é frequentemente escondido sob uma capa de repulsa, misantropia ou desprezo crônico por determinadas instituições ou pessoas – uma repulsa e um desprezo que, quando não aliados a uma visão de vida superior, apenas significam o desdém da pessoa por si mesma (E. H. Erikson, 1987, p. 140).

A força básica deste estágio é a sabedoria e a antipatia básica é o desdém. A sabedoria é derivada da integridade do ego:

A integridade, todavia, parece transmitir uma exigência peculiar – como transmite a força específica que postulamos como amadurecendo a partir da última antítese – a *sabedoria*. Esta nós descrevemos como uma espécie de ‘preocupação informada e imparcial com a vida em si diante da morte em si’, conforme expresso em antigos adágios e também potencialmente presente nas mais simples referências a questões concretas e diárias. Mas, novamente, um desdém mais ou menos claro é a contraparte antipática da sabedoria – uma reação a sentir (e ver os outros) num estado cada vez mais acabado, confuso, desamparado” (E. H. Erikson & Erikson, 1997, p. 55).

O oitavo estágio é o último na escala de desenvolvimento de Erik Erikson e foi vivido pelo idoso do nono estágio há pouco tempo. O idoso que chega ao nono estágio permaneceu no oitavo estágio por 10 ou 15 anos e passou bruscamente para o nono estágio, como apresentado por Joan Erikson.

“Sabedoria” é uma palavra que define a força básica do oitavo estágio. Joan Erikson argumenta que ela e Erik Erikson lutaram para encontrar uma palavra que pudesse definir bem esse estágio do desenvolvimento humano. A palavra “sabedoria” veio em substituição à palavra “esperança”. No entanto, “sabedoria” passou a ser atribuída aos idosos, mas sem muita reflexão:

Na década de quarenta, quando estávamos buscando as palavras mais exatas para designar as virtudes do ciclo da vida, selecionamos “sabedoria” e “integridade” como as forças finais que amadureciam plenamente na velhice. Nós tínhamos, inicialmente, considerado a “esperança”, porque ela era obrigatória para a sobrevivência e necessária para todas as outras forças.

(...) “Sabedoria” e “Integridade” estão entre aquelas palavras pomposas que foram personificadas, moldadas em bronze, esculpidas em pedra e madeira. (...) Mas estas virtudes passaram a ser excessivamente exaltadas e indefiníveis. Nós precisamos trazê-las de volta à realidade. (...) Nós precisamos cavar até as raízes, até a própria semente, de “sabedoria” e “integridade”. (...) No âmago ou semente-mãe da ilustre “sabedoria” (encontra-se) a sua essência. Esta pequena essência é vêda, ‘ver, saber’.

Esta palavra vêda nos transporta aos antigos e santificados mitos e misteriosas mensagens dos textos sagrados em sânscrito, da Índia, coletivamente chamados de Vedas. Os Vedas incorporam a eterna busca da visão: entendimento e sabedoria. Os sris primeiro enxergavam os vedas; a sabedoria, a iluminação eram transmitidas pela visão.

Nós tomamos como certo e não valorizamos devidamente o maravilhoso dom da visão, a menos que ou até que ela nos sirva consistentemente como esperamos ou desejamos. Nós podemos olhar para trás, para um passado distante, e isso nos ajuda a compreender as nossas vidas e o mundo em que vivemos. Nós olhamos para a frente e este olhar pode ser apenas um pensamento desejoso ou um sonho esperançoso, mas sem a perspectiva promissora do futuro, poderíamos ficar embotados pela apreensão (J. M. Erikson, 1997c, p. xi).

Assim, sabedoria pode ser associada à capacidade do idoso de oferecer ao mundo um modo extenso e diferenciado de ver as coisas da vida, consolidado pela sua própria e longa experiência de vida. Sabedoria seria a qualidade do idoso que, com sua trajetória de vida, oferece à sociedade uma “visão” sábia das coisas que estão no nosso dia a dia, sob um prisma diverso daquele imediatista proposto pela nossa sociedade marcada pela avaliação apressada, além de utilitarista e superficial.

A “integridade”, por sua vez, quando observada sob o enfoque etimológico, revela que tem em sua raiz a palavra “tato”:

O parágrafo de oito ou dez centímetros de partes de palavras das quais as palavras “integridade” se deriva termina com ao surpreendente palavra-raiz “tato”. Deste elemento derivamos ‘contato’, ‘intacto’, ‘tátil’, ‘tangível’, e, inclusive, ‘toque’. É como nosso corpo, com os nossos sentidos, que construímos edifícios, criamos materiais e respondemos às intimações das sagradas, poderosas e sábias mensagens da Terra e dos Céus. É na realidade em que vivemos, nos movimentamos e compartilhamos a Terra uns com os outros. Sem contato não há crescimento; de fato, sem contato a vida não é possível. A independência é uma falácia.

A integridade tem a função de promover contato com o mundo, com as coisas e, acima de tudo, com as pessoas. Ela é uma maneira tátil e tangível de viver.

Integridade é uma palavra maravilhosamente desafiadora. Ela não exige nenhuma diligente deliberação ou desempenho, apenas o manejo cotidiano de todas as atividades maiores e menores, com toda a vigorosa atenção aos detalhes necessária para um dia bem vivido. É tudo tão simples, tão direto e tão difícil.

Agora que compreendemos mais plenamente as implicações do termo ‘integridade’, o que ele oferece para as pessoas que estão no oitavo estágio do ciclo da vida? Em primeiro lugar, enquanto antes ele brilhava como uma virtude estelar no céu, agora é um elemento consistentemente próximo da nossa vida diária, muito terrena. Ele amplia o nosso estar em contato com o mundo real circundante: com a luz, o som, o cheiro e todos os seres animados. Todo o mundo, tudo se torna intensamente importante, muito mais do que antes. Cada encontro assume um significado especial, oferece enriquecimento ou aponta para um direção inesperada e recompensadora (J. M. Erikson, 1997c, p. xi).

Dessa maneira, a integridade conclama o idoso para o contato, para o vínculo com as pessoas, pois, “sem contato a vida não é possível”.

As limitações físicas e sensoriais daquele que chega ao nono estágio são impactantes. Elas influenciam também as ligações e os contatos com as pessoas que estão ao seu redor. Joan Erikson, ao descrever a integridade e a sabedoria no nono estágio, descreve esta dificuldade de contato de maneira brilhante:

Na nossa definição final de ‘sabedoria’ afirmamos que a sabedoria depende da capacidade de ver, olhar e lembrar, assim como de escutar, ouvir e lembrar. A integridade, afirmamos, exige tato, contato e toque. Esta é uma demanda séria dos sentidos dos anciãos. É necessário o tempo de uma vida para se aprender a ter tato e isso exige paciência e habilidade; é muito fácil ficar cansado e desencorajado. Aos noventa anos, o simples fato de ter de localizar os óculos que foram colocados em lugar errado é um desafio. Os anciãos do nono estágio simplesmente não possuem a visão adequadamente boa e os ouvidos receptivos que a sabedoria exige (J. M. Erikson, 1997b, pp. 94-95).

Todas estas dificuldades experimentadas pelo idoso do nono estágio o fazem entrar em contato com o desespero, mas este desespero tem uma configuração sutilmente distinta daquela que se manifestou no oitavo estágio.

No oitavo estágio, o indivíduo foi levado a uma revisão retrospectiva da sua existência até aquele momento e quando esta retrospectiva encontra um histórico de uma vida bem vivida, com realizações e encontros pessoais marcantes e significativos, o desespero é afastado e a experiência de olhar para vida retrospectivamente se torna positiva.

Para Erik Erikson, “o desespero expressa o sentimento de que o tempo agora é curto, curto demais para a tentativa de iniciar uma outra vida e experimentar caminhos alternativos” (J. M. Erikson, 1997b, p. 95).

No nono estágio, tal qual ocorre no oitavo estágio, está presente a possibilidade de se experimentar o desespero. Contudo, no nono estágio este sentimento assume uma configuração diferente. Enquanto no oitavo estágio o desespero estava associado a uma avaliação retrospectiva desapontadora, no nono ele se associa mais às dificuldades pessoais, físicas, motoras e sensoriais que são muito mais presentes agora que no estágio anterior:

Aos oitenta e noventa anos, podemos não ter mais o luxo deste desespero retrospectivo. A perda das capacidades e a desintegração podem exigir quase toda a nossa atenção. Nosso foco pode ser totalmente circunscrito por preocupações de funcionamento cotidiano, de modo que é suficiente simplesmente chegar intacto ao fim do dia, por mais satisfeitos ou insatisfeitos que estejamos com a nossa história de vida prévia. Naturalmente, o desespero em resposta a esses eventos mais imediatos e agudos é composto por avaliações de self e da vida anteriores (J. M. Erikson, 1997b, p. 95).

Outro sentimento negativo a ser enfrentado pelas pessoas que chegam ao nono estágio de desenvolvimento é a tristeza advinda das muitas perdas de pessoas queridas ao longo da vida, sejam elas amigos, parentes próximos ou até mesmo filhos:

Um ancião em seus oitenta ou noventa anos também pode ter experienciado muitas perdas, algumas de relacionamentos distantes e algumas de relacionamentos mais profundos e íntimos - pais, parceiros, e, inclusive, filhos. Existe muita tristeza a ser enfrentada e também um claro anúncio de que a porta da morte está aberta e não tão longe (J. M. Erikson, 1997b, p. 95).

Como se pode perceber, o nono estágio é marcado por desafios muito sérios para a existência do idoso. Os aspectos físicos e sensoriais se deterioram tão rapidamente a cada dia que exigem do idoso desta fase o investimento de toda a atenção e cuidado. A tristeza gerada pelas perdas constantemente vem à tona e serve para apontar que o final da trajetória de vida está próximo. O contato, que no oitavo estágio já apresentava problemas, com a deterioração da saúde e dos sentidos se torna ainda mais precário para o idoso, por vezes levando-o a situações de isolamento.

No entanto, aqueles que chegaram ao nono estágio não alcançaram este lugar por acaso. Certamente têm vigor e apoio internos que os possibilitaram sobreviver, apesar dos reveses da vida.

A confiança e a esperança, de algum modo, estão presentes nestas pessoas, pois sem elas não seria possível sobreviver e sobrepujar a todos os obstáculos que foram interpostos ao longo de uma extensa história de vida.

Como no primeiro estágio da vida, a confiança e a esperança são os sentimentos e elementos essenciais também agora. O idoso do nono estágio apenas precisa aprender a driblar os desafios dos tantos elementos distônicos que estão presentes neste momento da existência. Joan Erikson, falando do nono estágio a partir da sua experiência pessoal, assim descreve o valor da confiança e da esperança na vida no idoso do nono estágio:

Se estivermos vivendo e lidando com todos os obstáculos e perdas aos noventa anos ou mais, temos um firme apoio do qual depender. Desde o início nós somos abençoados com a confiança básica. Sem ela a vida é impossível, e com ela nós persistimos. Como uma força permanente, ela nos acompanhou e sustentou com esperança. Sejam quais forem as fontes específicas da nossa confiança básica, e independentemente de quão seriamente a esperança foi desafiada, ela nunca nos abandonou completamente. A vida sem ela é simplesmente impensável. Se ainda sentimos plenamente a intensidade de existir e esperar por novas graças e esclarecimentos, então temos razões para viver. Eu estou convencida de que, se os anciãos chegarem a um acordo com os elementos distônicos em suas experiências de

vida no nono estágio, eles conseguirão avançar com sucesso no caminho que leva à gerotranscendência (J. M. Erikson, 1997b, p. 95).

O desafio do idoso que chega ao nono estágio é alcançar a gerotranscendência, que é um conceito que implica numa mudança de perspectiva que sai de uma visão materialista e racional e caminha para uma avaliação mais abrangente, mais transcendente, que garante ao idoso um aumento no nível de satisfação de vida. Ela também pode ser considerada um estágio final num processo natural rumo à maturação e à sabedoria (J. M. Erikson, 1997a).

Joan Erikson descreve a experiência do idoso gerotranscendente como marcada por cinco vivências particulares:

- 1) Existe um novo sentimento cósmico de comunhão com o espírito do universo.
- 2) O tempo está circunscrito ao agora, ou talvez à próxima semana, provavelmente para todas as pessoas com mais de noventa anos; além disso, a vista é nebulosa.
- 3) O espaço possui dimensões que diminuem lentamente dentro do raio de nossas capacidades físicas.
- 4) A morte torna-se sintônica, a trajetória de todas as coisas vivas.
- 5) O senso de *self* da pessoa se amplia para incluir uma variedade mais ampla de outros interrelacionamentos (J. M. Erikson, 1997a, p. 104).

As vivências propostas por Joan Erikson parecem ser mesmo observadas em idosos no nono estágio. O “sentimento cósmico de comunhão com o espírito do universo” não necessariamente precisa se apresentar como uma experiência religiosa atrelada aos moldes tradicionais, mas é crível que a vida no nono estágio adquira um aspecto “sagrado” ou “sacramental”, no sentido que as religiões atribuem a estes termos.

Por outro lado, não é incomum que esta experiência esteja atrelada a vivências religiosas nas suas formas mais tradicionais. Observa-se, em todas as expressões religiosas, um grande envolvimento de pessoas idosas e pode-se pensar, inclusive, que este envolvimento esteja a serviço deste “sentimento de comunhão com o espírito do universo” mencionado por Joan Erikson.

A vivência do tempo certamente assume uma nova configuração para o idoso do nono estágio. A sensação de que o agora é o momento mais precioso, segundo Joan Erikson, é uma marca do idoso gerotranscendente. A experiência da transcendência transforma o tempo cronológico conhecido (o passado, o presente e o futuro) numa vivência resignificada, restando ao presente o valor maior, fato que raramente acontece em etapas anteriores da vida.

O idoso que se encontra no nono estágio é levado a uma experiência peculiar com o “agora”, principalmente por causa das suas limitações e dificuldades sensoriais e físicas. Mesmo que por esta circunstância, o “agora” se torne uma conquista, uma experiência em si mesma.

Também o espaço é resignificado. Bem contrariamente ao que ocorre com a criança que aprende a andar e descobre que “o mundo não tem limites”, o idoso percebe que as suas limitações físicas e sensoriais o restringem a um espaço cada vez mais limitado.

A experiência de tempo e espaço é fundamental para a configuração do nosso ser. A experiência de transcendência do idoso no nono estágio descrita por Joan Erikson inclui uma resignificação nas relações pessoais. Segundo ela, esta experiência foi vivenciada por anciãos sábios que, no passado, optavam por deixar a vida em comunidade e se retiravam para as montanhas e locais remotos para acabar de viver suas vidas em plenitude.

Algum tipo de isolamento é necessário ao idoso gerotranscendente, pois assim ele pode vivenciar dois sentimentos fundamentais neste estágio: a paz e a aceitação:

Talvez realmente velhos só encontrem um lugar seguro para refletir sobre seu estado de espírito na privacidade e no isolamento. Afinal de contas, de que outra maneira podemos encontrar paz e aceitação das mudanças que o tempo impõe ao corpo e á mente? A corrida e a competição estão terminadas; libertar-se da pressa e da tensão é obrigatório na velhice. Alguns aprendem isso cedo, e outros, tarde demais (J. M. Erikson, 1997a, p. 105).

Esta vivência de isolamento conscientemente escolhido não pode ser confundida pelo retraimento ou recolhimento motivado por um desdém pela vida e pelos outros, condição em que se torna impossível a experiência de transcendência.

Quando Joan Erikson afirma que “*existe um novo sentimento de comunhão cósmico com o espírito do universo*” e que “*o senso de self da pessoa se amplia para incluir uma variedade mais ampla de outros inter-relacionamentos*”, ela trata de uma modificação na maneira como o idoso se percebe e administra seu mundo interno.

A partir de todo o exposto, pode-se afirmar que o idoso no nono estágio, apesar de enfrentar inúmeras dificuldades próprias do desgaste do seu corpo, limitações físicas, sensoriais e motoras, pode experimentar a integridade e sabedoria, ainda que de maneira diferente da experimentada no oitavo estágio.

Até mesmo a vivência dos sentimentos de desespero e tristeza podem assumir nova significação quando permeados pela confiança e esperança.

Por fim, é possível que este idoso experimente a “gerotranscendência”: uma experiência marcada pela ressignificação dos conceitos de tempo, espaço, relações interpessoais e com o universo.

Na gerotranscendência até mesmo a morte assume um novo significado, menos ameaçador, marcado pela aceitação. Para concluir, uma frase de Joan Erikson que bem resume o presente capítulo: “Eu estou convencida de que se os anciãos chegarem a um acordo com os elementos distônicos em suas experiências de vida nono estágio, eles conseguirão avançar com sucesso no caminho que leva à gerotranscendência” (J. M. Erikson, 1997b).

5 O ENVELHECIMENTO SOB A ÓTICA DA PSICOLOGIA POSITIVA

*“Tales achava que tudo era água.
Aristóteles achava que toda ação humana
visava a encontrar a felicidade.
Nietzsche achava que toda ação humana visava a obter poder.
Freud achava que toda ação humana pretendia evitar a ansiedade.
Todos estes gigantes cometeram o grande equívoco
do monismo, pelo qual todas as motivações humanas
se resumem a apenas uma”.*
Martin E. P. Seligman em seu livro “Florescer”

A Psicologia é uma ciência relativamente nova. Em comparação com outras ciências, como a matemática, por exemplo, é novíssima. E nesta sua trajetória ainda recente como ciência ela já se consolidou como uma ciência que experimenta ao longo da sua trajetória grandes mudanças, modificando seu enfoque de quando em quando.

No início, ela foi considerada “Ciência dos Processos Mentais”, devido à forte influência das ideias de Sigmund Freud, de seus seguidores e da Psicanálise, o que ocorreu entre 1900 e 1920, aproximadamente. Depois passou a ser compreendida como a “Ciência dos Comportamentos Observáveis”, até o início da década de sessenta, por causa do impacto da valorização das abordagens comportamentais, a partir dos Estados Unidos. A influência das abordagens humanistas, especialmente a Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl R. Rogers, e a Gestalterapia de Frederick Perls (além das descobertas científicas das Leis da Percepção propostas pelo grupo de cientistas alemães liderado por Kurt Kofka) fez com que a Psicologia passasse a ser conhecida como a “Ciência dos Comportamentos e dos Processos Mentais” (Myers, 2012).

Talvez a definição de Psicologia como a “Ciência dos Comportamentos Observáveis e dos Processos Mentais” possa ser utilizada até os dias de hoje. Mas o fato é que a Psicologia, que propicia a compreensão do ser humano nas mais variadas áreas da vida, é uma ciência em completa ebulição e que experimenta constantemente mudanças e avanços.

A Psicologia nasceu no século XX. Ela surge no cenário mundial num momento de muita dificuldade e sofrimento, especialmente devido à eclosão de duas guerras mundiais. A primeira guerra durou de 1914 a 1918, e a segunda, entre 1939 e 1945. As guerras trouxeram para o planeta uma vivência de extrema insatisfação, de luto diante das perdas de pessoas, grave adoecimento mental dos combatentes sobreviventes da guerra, além de levantar a necessidade de se repensar os valores humanos. Tomando-se por base as

circunstâncias políticas, sociais e de saúde, este foi o berço em que a Psicologia nasceu e se desenvolveu.

Não por acaso, a Psicologia foi convocada a atender os que sofreram com as consequências da guerra como grande desastre mundial, e passou a discutir, desde então, muito mais a doença e os sintomas psicopatológicos do que a saúde e as potencialidades humanas (Barros, Martín, Fernando, & Pinto, 2010; A. P. Corrêa & Roma, 2016; Seibel, Poletto, Koller, & (Orgs), 2016; Seligman, 2011; Snyder & Lopez, 2009). A partir daí, a Psicologia se debruçou na tarefa de estudar as doenças mentais a fim de diagnosticá-las o mais precocemente possível, bem como de curar as pessoas doentes da sociedade.

E por ter se ocupado por tanto tempo de sintomas psicopatológicos e do tratamento das doenças mentais, a Psicologia utilizou e baseou sua prática no modelo médico, que tradicionalmente enfatiza o diagnóstico e o tratamento de transtornos (Hutz & Pacico, 2016).

Esta ênfase em ocupar-se no estudo e na cura da doença mental, embora justificável pelo contexto em que estava inserida a Psicologia, resultou em limitar a sua visão, tornando-a incompleta, uma vez que os aspectos positivos e saudáveis também fazem parte da experiência humana (Pacico & Bastianello, 2014).

O psicólogo e professor de Psicologia na Universidade da Pensilvânia, Martin E. P. Seligman, lidou com a Psicologia sob duas perspectivas distintas. Numa primeira etapa, seguiu a tendência da Psicologia da sua época e investiu no estudo das doenças mentais, especialmente a depressão (Paludo & Koller, 2007). Ele foi coautor de um importante livro na área de psicopatologia, “Psicologia Anormal”, de 1984, que discutia o diagnóstico e o tratamento de vários transtornos mentais (Corcione, 2016).

Curiosamente, em 1998, ao assumir a presidência da American Psychological Association, Seligman se tornou um grande questionador do modelo tradicional de enfoque na doença e passou a viver a segunda etapa da sua atuação na Psicologia.

Em seu discurso de posse, Seligman declarou sua intenção de desviar o olhar da Psicologia, desviando o foco da patologia e dirigindo-o para os aspectos positivos e saudáveis do ser humano, incentivando uma ciência psicológica que pudesse nutrir o que há de melhor nas pessoas (Pacico & Bastianello, 2014; Seligman, 1998).

Seu discurso é considerado um marco do surgimento daquilo que se passou a chamar de “Psicologia Positiva” (Mariñelarena-Dondena, 2016; Pacico & Bastianello, 2014; Paludo & Koller, 2007; Snyder & Lopez, 2009)⁴.

Em seu discurso de posse, Seligman (1998) claramente denuncia a Psicologia como uma ciência que atuava tendenciosamente, uma vez que apenas observava aspectos negativos e patológicos do ser humano:

Em sua biografia de Franklin e Eleanor Roosevelt, uma destacada cientista política analisa a busca incansável de Eleanor pela justiça para pobres e negros como uma tentativa de compensar o alcoolismo de seu pai e o narcisismo de sua mãe. A possibilidade de que Eleanor estivesse simplesmente em busca da virtude não é cogitada. As pesquisas em Psicologia passaram meio século documentando os muitos efeitos mentais negativos do isolamento, do trauma, do abuso, da doença física, da guerra, da pobreza, da discriminação, da morte precoce dos pais e do divórcio. Mas este foco permanente no negativo deixou a Psicologia cega para muitos de crescimento, superioridade, força e visão que se desenvolvem a partir de eventos indesejáveis e dolorosos.

De que forma as ciências sociais passaram a ver as qualidades e virtudes humanas (altruísmo, coragem, honestidade, dever, alegria, saúde, responsabilidade e ânimo) como ilusões reativas, defensivas ou simples enganos, em que os defeitos e as motivações negativas (ansiedade, cobiça, egoísmo, paranoia, raiva, transtorno e tristeza) são considerados autênticos?

(...) A Psicologia corretiva teve suas vitórias, especialmente como ciência da doença mental. Como resultado disso, as causas de pelo menos dez das principais doenças mentais foram esclarecidas e esses transtornos podem ser aliviados em muito, atualmente, por meio de intervenções farmacológicas e psicológicas. Todavia, enquanto sondava as profundezas daquilo que a vida tem de pior, a Psicologia perdeu a conexão com o lado positivo, isto é, a o conhecimento sobre o que faz com que a vida humana valha a pena ser vivida, seja mais gratificante, mais agradável e produtiva. Essa ciência é possível. (p. 444-446)

O discurso de Martin E. P. Seligman inaugura a Psicologia Psitiva como um novo enfoque da ciência psicológica, caracterizada mais pela prevenção que pelo caráter curativo, mais pelos aspectos potenciais que pelos patológicos, mas pela saúde que pela doença.

⁴ Não é pacífico entre os historiadores da Psicologia o entendimento de que Martin E. P. Seligman seja o fundador da Psicologia Positiva. Muitos têm questionado esta afirmação, uma vez que o termo “Psicologia Positiva” já havia sido utilizado, em 1954, por Abraham Maslow, em seu livro “Motivação e Personalidade”, quando afirmou que estava cansado do fato de que a Psicologia não estava rendendo suficiente “*conhecimento do que faz a vida valer a pena*” (Pacico & Bastianello, 2014; Snyder & Lopez, 2009). Alguns acreditam e argumentam que a Psicologia Positiva nada mais é que um desdobramento da Psicologia Humanista proposta por Carl R. Rogers (Paludo & Koller, 2007).

A negligência dos aspectos virtuosos da natureza humana por parte da Psicologia era inquestionável. Uma simples pesquisa no banco de dados da *PsycInfo*, ao utilizar-se o descritor “depressão”, são encontrados, entre 1970 e 2006, 110.382 artigos. Ao utilizar-se o descritor “felicidade”, por exemplo, no mesmo período e na mesma base de dados, serão encontrados apenas 4.711 artigos publicados (Paludo & Koller, 2007).

Assim, a Psicologia Positiva pode ser concebida como uma nova direção da ciência psicológica que propõe um investimento no estudo das virtudes humanas, nas potencialidades e um chamado para se ocupar mais com o potencial humano que com as fragilidades, mais ajudando a construir vidas melhores a reparar o que está ruim, concentrando a atenção no que faz a vida valer a pena (Hutz & Pacico, 2016; Pacico & Bastianello, 2014).

Dessa forma, a Psicologia Positiva pretende contribuir para o florescimento e o funcionamento saudável das pessoas, grupos e instituições, preocupando-se em fortalecer competências em vez de corrigir deficiências (Paludo & Koller, 2007), e entende-se que um dos passos mais importantes dados por esta nova forma de se fazer Psicologia foi a declaração de independência do modelo tradicional patológico (Snyder & Lopez, 2009).

Scorsolini-Comin & Santos (2010), também considerando a contribuição da Psicologia Positiva, assim descrevem a sua atuação e os seus benefícios:

Essa corrente resgata o caráter preventivo que, há muito, fora abandonado por uma Psicologia exclusivamente focalizada na doença. Por meio do estudo das características humanas positivas, a ciência aprenderá a prevenir doenças físicas e mentais e os psicólogos, por sua vez, aprenderão a desenvolver qualidades que ajudem os indivíduos e comunidades a bem mais do que resistir ou sobreviver, mas efetivamente a florescer. (p. 441)

E não é correto afirmar que, como movimento, a Psicologia Positiva esteja criando uma nova área do saber psicológico, pois ela apenas propõe um exercício teórico e, especialmente, metodológico, no sentido de orientar a visão que se lança aos fenômenos investigados pela Psicologia para os aspectos positivos e saudáveis do desenvolvimento (Pacico & Bastianello, 2014).

Também não se pode dizer que a Psicologia Positiva surja como uma novidade, uma vez que não cria uma nova realidade, e sim conclama uma mudança no foco de visão da ciência psicológica (Scorsolini-Comin & Santos, 2010). Também não se pode afirmar que ela se declare como uma abordagem superior e que os demais modos de se fazer Psicologia sejam negativos (Seibel & Poletto, 2016). Deve-se encarar a Psicologia Positiva como uma nova

proposta de se compreender e avaliar o ser humano, em que se considera a possibilidade de se fazer a ciência psicológica de forma diferente, rompendo com o paradigma tradicional de tomar a doença como ponto de partida.

Contudo, há que se considerar que a Psicologia Positiva, desde o seu surgimento, vem recebendo diversas críticas. As mais comuns são as que afirmam que esta nova forma de se fazer Psicologia nada mais é do que uma visão ingênua do ser humano, que consistiria em colocar “óculos cor de rosa” e negligenciar a realidade da doença e do sofrimento. Há, inclusive, quem a compare a métodos de auto-ajuda, questionando a sua cientificidade (Seibel & Poletto, 2016).

Barros et al (2010), num tom de crítica, embora reconheça que a Psicologia Positiva seja um movimento relativamente recente na comunidade científica, argumenta que há a necessidade de se encorajar mais investigações científicas que sustentem modelos teóricos explicativos dos processos e construtos que são alvo do seu estudo. Por exemplo, os autores explicam que, muitas vezes, as circunstâncias e o momento temporal podem fazer com que aspectos positivos possam até mesmo ser ruins e os aparentemente negativos, funcionais. Para o autor, muitos dos aspectos retratados nas investigações, como a tristeza ou a ansiedade, costumam ser apresentados com uma conotação negativa, sem que se reflita quanto às suas funções positivas de adaptação imediata da pessoa enquanto espécie.

A despeito das críticas que vem sofrendo, atualmente a Psicologia Positiva vem atraindo simpatizantes e já encontrou o seu lugar em todas as partes do mundo, não se limitando aos Estados Unidos, onde surgiu. Na América Latina, o Chile, o Brasil e a Argentina, juntamente com o México, estão entre os países com maior produção científica, sendo observado um crescimento considerável da Psicologia Positiva também na Venezuela, no Uruguai e no Peru (Corcione, 2016; Mariñelarena-Dondena, 2016).

O crescimento da Psicologia Positiva pode ser observado no levantamento realizado por Corrêa (2016b), utilizando a base de dados *Scopus* e o descritor “*Positive Psychology*”, numa busca a partir do título, resumo e palavras-chaves. A autora encontrou, no ano de 2000, apenas oito publicações com estes parâmetros, e, em 2015, 296 publicações. Já em busca realizada em 14 de abril de 2016, utilizando os mesmos critérios, a autora encontrou 2.208 publicações.

A Psicologia Positiva pode ser utilizada como ferramenta nas mais diversas etapas do desenvolvimento humano. O envelhecimento também pode ser discutido a partir desta abordagem.

O envelhecimento sendo pesquisado como “Envelhecimento Bem-Sucedido”, “Envelhecer com Qualidade”, “Envelhecimento Ativo”, ou, “Envelhecimento Positivo” é um fenômeno relativamente novo, que passou a ser discutido apenas há algumas décadas, mas se tornará um foco importante da Psicologia, especialmente diante do crescimento do número de idosos no mundo todo (Snyder & Lopez, 2009).

Como mencionado anteriormente, para (Rowe & Kahn, 1999) são três os componentes do envelhecimento bem sucedido ou exitoso: evitar a doença, envolver-se com a vida e buscar manter um alto funcionamento cognitivo e físico. Segundo Snyder (2009), estes três componentes são aspectos da manutenção de um estilo de vida que envolve atividades normais, valorizadas e benéficas.

Os estudos de Rowe & Kahn (1999) foram realizados por um grupo multiprofissional de colaboradores e foram investigados fatores físicos, sociais e psicológicos relacionados a habilidades, saúde e bem-estar, numa amostra de 1.189 idosos saudáveis com idade entre 70 e 79 anos, por apresentarem melhores níveis físicos e cognitivos, a partir de um grupo de 4.030 participantes potenciais. O estudo foi realizado pela Fundação McArthur sobre o Bem envelhecer (McArthur Foundation Study of Successful Aging), entre os anos de 1988 e 1996 e, após a seleção dos participantes, consistiu em realizar entrevistas periódicas pelo período de sete anos.

O apoio social mútuo (oferecido e recebido), dividido em apoio socioemocional (gostar e amar) e o apoio instrumental (auxílio quando alguém está em necessidades) foram aspectos muito importantes na construção de uma velhice bem sucedida do ponto de vista dos idosos participantes da pesquisa.

Em regra, na Psicologia Positiva, os temas abordados e pesquisados envolvem um caráter subjetivo que encaminha o levantamento dos dados pela via do autorrelato. Ou seja, de um modo geral, considera-se a pessoa do participante como a melhor avaliadora da sua própria condição e experiência (Barros et al., 2010; A. P. Corrêa, 2016a; M. P. A. Fleck, 2008b; Patrick, 2008; Seibel, Poletto, & Koller, 2016).

Dentre os muitos temas abordados pela Psicologia Positiva destacam-se a satisfação com a vida, o bem-estar subjetivo, a felicidade, o otimismo, a autoeficácia, a espiritualidade e a esperança (M. P. A. Fleck, 2008b). Estes temas podem perfeitamente ser aplicados ao estudo do Envelhecimento.

A felicidade é um assunto que tem sido objeto de muitas pesquisas nos últimos tempos e é entendida como um dos temas centrais para a Psicologia Positiva (Seligman,

2002). Ela é definida como um estado emocional positivo, subjetivamente definido por uma pessoa (Snyder & Lopez, 2009). Pode também ser entendida como estado mental e, dessa forma, manifestar-se como um modo de nos percebermos e de avaliarmos o mundo que nos rodeia (A. P. Corrêa, 2016a).

São tantas as pesquisas a respeito da felicidade, que David Niven (2001) produziu um livro em que coletou mais de cem pesquisas que investigavam as características de pessoas que se reconheciam felizes e transformou as pesquisas em dicas úteis para leigos em Psicologia.

Luz (2008) realizou pesquisa qualitativa envolvendo idosos e utilizando o método fenomenológico de análise de dados, concluindo que o apoio social da família, o envolvimento com atividades sociais e produtivas, além da vivência da espiritualidade estavam presentes expressões da felicidade dos participantes.

O Bem-estar subjetivo é um conceito bem próximo de felicidade, também explorado na Psicologia Positiva. Ele é entendido como uma avaliação subjetiva atual do mundo, marcada pela combinação de afeto positivo e satisfação geral com a vida (Snyder & Lopez, 2009). Também podemos entendê-lo como uma associação de fatores positivos e negativos que podem ser combinados de diversas maneiras pelo indivíduo (Seibel, Poletto, & Koller, 2016), a partir do seu autorrelato (Seibel, Poletto, & Koller, 2016).

O bem-estar subjetivo é composto de três elementos: afetos positivos, afetos negativos e satisfação com a vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985).

Pesquisas investigando bem-estar subjetivo e envelhecimento vêm sendo realizadas ultimamente com mais frequência. Silva, Farias, Oliveira & Rabelo (2012) realizaram pesquisa envolvendo 54 idosos, com média de idade de 73,4 anos, na cidade de Santo Antônio de Jesus, no estado da Bahia, e concluíram que os participantes da pesquisa estabeleceram boa relação entre envelhecimento e bem-estar subjetivo, apresentando níveis satisfatórios de bem-estar subjetivo.

Satisfação de vida é o componente cognitivo do bem-estar subjetivo definido como o nível de contentamento que alguém percebe quando pensa sobre a sua vida de um modo geral. Ou seja, a satisfação com a vida pode ser entendida como o nível de entusiasmo e prazer (ou o descontentamento e sofrimento) que uma pessoa percebe na sua vida, a partir do seu julgamento do que vem a ser satisfatório ou insatisfatório, desprazeroso (Hutz, Zanon, & Bardagi, 2014). Snyder & Lopez (2009) definem satisfação de vida como sendo uma sensação de contentamento e paz que vem de todas as lacunas entre desejos e necessidades.

Gouveia, Barbosa, Andrade & Carneiro (2005) realizaram pesquisa de satisfação de vida com uma amostra de médicos brasileiros. Considerando que as condições de vida e de trabalho dos médicos no Brasil não são as melhores, os autores aplicaram um instrumento para medir a satisfação de vida destes trabalhadores, a Escala de Satisfação com a Vida. O estudo envolveu 14.405 participantes, com idade entre 22 e 85 anos, sendo a maioria do sexo masculino (63%).

O resultado apontou para uma média de satisfação de vida acima da mediana teórica da escala utilizada. No entanto, curiosamente, as médias de médicos jovens (com até 27 anos) eram menores que as médias de médicos idosos (com idade entre 60 e 70 anos). No geral, apesar das condições precárias de trabalho que os médicos têm enfrentado nas últimas décadas, eles relatam estar satisfeitos com suas vidas.

Joia, Ruiz & Donalisio (2007) realizaram estudo de satisfação com a vida utilizando população idosas, com uma amostra de 365 idosos, na cidade de Botucatu, estado de São Paulo, e a maioria dos idosos se disse satisfeita com a vida e os pesquisadores associaram este resultado a situações de bem-estar vivenciadas pelos participantes.

A Qualidade de Vida é uma expressão que, embora seja amplamente utilizada em várias áreas do conhecimento, especialmente na área da saúde, ainda é muito controversa (Reppold, Serafini, & Menda, 2014).

A OMS definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da sua cultura e nos sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (M. P. A. Fleck, 2008b, p. 25). Para a OMS, a qualidade de vida engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente (M. P. A. Fleck, 2008a).

“Qualidade de Vida” é um construto com as seguintes características: a) subjetivo, uma vez que aborda a percepção do indivíduo; b) multidimensional, por envolver vários aspectos da vida da pessoa; c) que abrange tanto questões positivas quanto negativas (M. Fleck et al., 1999). Segundo a OMS, partindo do pressuposto de que a qualidade de vida é um construto extremamente subjetivo, o autorrelato e a satisfação de vida são elementos que devem ser considerados:

A descrição da qualidade de vida de uma pessoa não deve refletir a opinião de profissionais de saúde nem dos membros de sua família, tampouco tem a ver com medições objetivas das condições ou posses pessoais. Assim, não se pode levar em

conta, por exemplo, a quantidade de medicamentos utilizados pelo indivíduo, mas o grau de satisfação que geram estes medicamentos (Orley & Saxena, 1996).

Estudar a Qualidade de Vida está no escopo da Psicologia Positiva, uma vez que os aspectos subjetivos envolvidos neste conceito podem ser ressignificados pelas pessoas, fazendo com que os aspectos objetivos da qualidade de vida possam assumir significado menos importante que os subjetivos, dependendo da pessoa. Ou seja, a qualidade de vida se constitui num construto pessoal e particular, que pode ser referida como positiva ou negativa, dependendo do indivíduo, das suas experiências e da sua percepção de mundo.

Florianio e Dalgalarondo (2007) realizaram pesquisa envolvendo 82 idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família no distrito de Sousas, na cidade de Campinas, estado de São Paulo. O estudo utilizou o instrumento WHOQOL-BREF para avaliar a qualidade de vida dos participantes e relacionou os diversos aspectos da qualidade de vida, representados pelos domínios propostos pelo instrumento, com outros fatores como religiosidade, gozo de aposentadoria, uso de medicamentos psicotrópicos e manifestação de transtornos mentais entre os sujeitos.

Gutierrez, Auricchio & Medina (2011) realizaram pesquisa envolvendo a avaliação da qualidade de vida de 166 idosos, com idade entre 60 e 83 anos, sendo 93% mulheres. Os participantes faziam parte de um grupo de idosos de centros de convivência na cidade de São Paulo. A partir dos resultados, ressalta-se que esta amostra apresentou escores no Domínio Psicológico foram os de maior valor, mas, no geral, a qualidade de vida do grupo foi considerada boa.

Em outro estudo, Alencar, Aragão, Ferreira & Dantas (2010) investigaram os níveis de qualidade de vida de idosas que residiam no ambiente rural e no ambiente urbano, envolvendo 30 mulheres idosas. Os níveis de qualidade de vida foram estatisticamente semelhantes entre os dois grupos.

Outro conceito muito estudado pela Psicologia Positiva é a Espiritualidade. A medicina tradicional e a ciência, de um modo geral, assumem duas posturas em relação à espiritualidade: 1) negligência, por considerarem a espiritualidade um assunto fora de sua área de interesse principal ou por julgarem tratar-se de um tema sem relevância; e, 2) Caracterizam aquelas experiências ligadas à espiritualidade vividas pelos seus pacientes como evidência de manifestações psicopatológicas (M. P. A. Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha, 2003).

No entanto, é sabido que há forte relação entre espiritualidade e qualidade de vida ou espiritualidade e saúde (M. P. A. Fleck et al., 2003; Moreira-Almeida, Lotufo Neto, &

Koenig, 2006; Moreira-Almeida, Peres, Aloe, Lotufo Neto, & Koenig, 2008; Taunay et al., 2012).

É necessário separar-se os termos espiritualidade, crença, religião e religiosidade. A espiritualidade envolve uma reflexão a respeito do significado da vida, da razão de viver e não está, necessariamente, associada a uma determinada prática religiosa. Segundo Moreira-Almeida et al. (2006), espiritualidade é uma forma pessoal de buscar entender as questões mais inquietantes da vida, o seu significado e como manter um relacionamento com o sagrado.

A religião pode ser entendida como a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que atribuiu ao ser humano uma natureza espiritual. Religiosidade seria a extensão na qual o indivíduo acredita, segue e pratica a sua religião, numa dinâmica que envolve um grupo de pessoas que compartilham com o indivíduo a mesma expressão de religiosidade. E, por fim, à crença atribui-se qualquer valor ou credo pessoal sustentado pela pessoa, não necessariamente de natureza imaterial ou espiritual (Rocha, Panzini, Pargendler, & Fleck, 2008). Também pode ser entendida como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar a proximidade com o sagrado ou o transcendente (Moreira-Almeida et al., 2006)

Apesar das multiplicidades de termos associados à espiritualidade, ela é alvo da Psicologia Positiva por ser uma excelente estratégia para atribuir sentido à vida das pessoas. E a Psicologia Positiva não faz qualquer julgamento a expressões religiosas, mas entende que a religiosidade, a espiritualidade, seja ela qual for, se constitui numa vivência subjetiva que contribui para o crescimento e desenvolvimento pessoal.

Barros-Oliveira (2007) afirma que a investigação envolvendo idosos, até a década de 1990, não considerava a dimensão religiosa e espiritual, embora não se discutisse a sua importância na vida do idoso, mas que atualmente já é consenso que o tema é relevante para o estudo do envelhecimento.

Silva et al. (2012) em sua pesquisa envolvendo 54 idosos, conclui que a religiosidade desempenha um papel importante dentre as atividades dos idosos, o que pode ser caracterizado como um recurso de enfrentamento.

A espiritualidade e a religiosidade podem ser estudadas como a motivação para a busca do significado para a vida. Ela transcende instituições, ideologia e rituais, sendo ela inerente ao ser humano (Socci, 2010). A espiritualidade dos idosos pode ajudar a vencer os

medos e possibilitar o surgimento de novas habilidades, que tendem a auxiliar para o engajamento do idoso no mundo (Alves, 2006).

6 OBJETIVOS

- Investigar as características de idosos que relatam o envelhecimento como satisfatório (Idosos de Bem com a Velhice – IBV), tais como escolaridade, atividade laboral, renda e classe econômica, atividades físicas e de lazer; e,
- Avaliar se a Qualidade de Vida, a Satisfação de Vida e a vivência da religiosidade são fatores que influenciam a vida de idosos que relatam o envelhecimento como satisfatório.

7 HIPÓTESES

- Os IBV apresentam maiores níveis de escolaridade e de renda, praticam mais atividades físicas e de lazer, e, com maior frequência, continuam envolvidos com atividades laborais remuneradas que os Idosos em Conflito com a Velhice (ICV);
- Os IBV apresentam índices superiores aos ICV quando o tema é Qualidade de Vida;
- Os IBV apresentam índices superiores de Satisfação de Vida quando comparados aos ICV;
- Os IBV apresentam índices mais elevados de Religiosidade quando comparados aos ICV.

8 MÉTODO

8.1 Caracterização da pesquisa

Este trabalho se constitui numa pesquisa quanti-qualitativa descritiva. Ele integra as abordagens qualitativa e quantitativa quando utiliza a estatística descritiva e apresenta estatisticamente os dados coletados, especialmente quanto aos resultados das escalas e inventários e na comparação das médias entre grupos.

É frequente a aplicação de pesquisas quantitativas na área da saúde, em que, a partir de hipóteses bem definidas, o material coletado é submetido a medição objetiva, objetivando a quantificação dos resultados (Godoy, 1995).

Segundo Kirschbaum (2013), as pesquisas quantitativas são reconhecidas como adequadas ao paradigma positivista, e o material coletado é medido, condensado em variáveis, sendo que a comparação das variáveis permite ao pesquisador o estabelecimento de leis gerais sobre o objeto de estudo.

Em épocas passadas, as pesquisas apenas eram reconhecidas se fossem realizadas a partir do método quantitativo e os pesquisadores que utilizassem abordagem diferente tinham seus manuscritos rejeitados por serem considerados não-científicos. Atualmente as pesquisas qualitativas encontraram seu espaço inclusive na área da saúde (E. Turato, 2013; E. R. Turato, 2005).

As pesquisas qualitativas se caracterizam pela obtenção de dados descritivos sobre o fenômeno a ser estudado, procurando oferecer uma chave de compreensão que parta das perspectivas dos sujeitos da pesquisa (Godoy, 1995). “Os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos” (Goldenberg, 2015a).

Segundo Turato (2005), os pesquisadores que utilizam o método qualitativo procuram compreender o processo pelo qual pessoas constroem significados, buscando conhecer a fundo suas vivências e as representações sobre estas experiências da vida.

Atualmente é frequente a utilização do método qualitativo e do quantitativo, uma vez que não são abordagens excludentes, podendo haver integração entre os dois métodos (Kirschbaum, 2013).

Brüggemann & Parpinelli (2008) argumentam que ambos os métodos têm limitações e que, algumas vezes, a utilização de apenas um deles não consegue abarcar toda a

realidade observada de forma mais abrangente. Nestes casos eles devem ser utilizados como complementares:

A relação entre a abordagem quantitativa (objetividade) e a qualitativa (subjetividade) não pode ser pensada como de oposição ou contrariedade. As duas abordagens permitem que as relações sociais possam ser analisadas nos seus diferentes aspectos: a pesquisa quantitativa pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa. (p. 564)

Assim, o objetivo da integração das duas abordagens de pesquisa foi intencional especialmente em função do objeto de estudo. Embora a amostra de 186 sujeitos permitisse a realização da pesquisa sob o enfoque quantitativo, questões subjetivas envolvidas no envelhecimento seriam melhor compreendidas utilizando-se uma abordagem qualitativa de pesquisa.

Segundo Goldenberg (2015a),

A pesquisa qualitativa é útil para identificar conceitos e variáveis relevantes de situações que podem ser estudadas quantitativamente. É inegável a riqueza que pode ser explorar os casos desviantes da “média” que ficam obscurecidos nos relatórios estatísticos. Também é evidente o calor da pesquisa qualitativa para estudar questões difíceis de quantificar, como sentimentos, motivações, crenças e atitudes individuais. A premissa básica da integração repousa na ideia que os limites de um método poderão ser contrabalançados pelo alcance do outro. Os métodos qualitativos e quantitativos, nesta perspectiva, deixam de ser percebidos como opostos, para serem vistos como complementares. (pp 69-70)

Um estudo a respeito da experiência do envelhecimento engloba aspectos objetivos, que podem ser quantificados com base em dados estatísticos, bem como aspectos subjetivos, que variam de pessoa para pessoa. Por isso, a integração das abordagens qualitativa e quantitativa se fez necessária neste trabalho.

8.2 Amostra

A amostra da presente pesquisa foi do tipo de “amostra por conveniência”. A amostra por conveniência é frequentemente utilizada em pesquisas exploratórias ou qualitativas (Gil, 2010; Oliveira, 2001; E. Turato, 2013). De acordo com Gil (2010), a amostragem por conveniência é aquela em que “o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo” (p. 94). Oliveira (2001) define este tipo de amostragem como aquele que “a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo” (p.2).

Turato (2013) denomina este tipo de amostragem como “amostragem proposital, intencional ou deliberada” e argumenta que, neste caso,

“o autor do projeto delibera quem são os sujeitos que comporão seu estudo, segundo seus pressupostos de trabalho, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características pessoais (dados de identificação biopsicossocial) possam, em sua visão enquanto pesquisador, trazer informações substanciais sobre o assunto em pauta” (p. 357).

Os idosos entrevistados foram recrutados a partir de contatos pessoais dos entrevistadores e não em instituições que cuidam de idosos.

Os critérios de inclusão dos participantes foram os seguintes: idosos ativos com idade acima de 70 anos, do sexo masculino e do sexo feminino. Idosos asilados, hospitalizados, inativos ou abrigados em qualquer tipo de instituição não foram incluídos na presente pesquisa.

Como o objetivo da pesquisa foi compreender o significado do envelhecimento a partir do relato dos idosos, tendo em vista que se considera idoso no nosso país aquele que conta 60 ou mais anos de vida, tomou-se por base a idade mínima de 70 anos como aquela em que os sujeitos já tiveram, pelo menos, 10 anos de experiência na condição de idoso ou da velhice e que estariam, em tese, mais habilitados a discorrer a respeito da experiência da velhice em comparação aos idosos jovens, com idade entre 60 e 69 anos.

Este critério foi utilizado por outros pesquisadores, como relatado por Rowe & Kahn (1999), que escolheram idosos com idade entre 70 e 79 anos para participantes da pesquisa sobre “Envelhecimento Bem Sucedido”, realizada pela Fundação MacArthur, nos Estados Unidos, entre os anos de 1988 e 1996, envolvendo 1.189 sujeitos.

A amostra do presente trabalho foi composta por 186 participantes, entre homens e mulheres, todos com idade superior a 70 anos.

8.2 Instrumentos

Para a presente pesquisa, foram utilizados quatro instrumentos para a coleta de dados dos participantes:

- a) Questionário de Qualificação Sociodemográfica da amostra, contendo 27 perguntas, elaborado pelo autor; (APÊNDICE)
- b) WHOQOL-OLD – Inventário de Qualidade de Vida para Idosos, contendo 24 questões; (ANEXO)
- c) WHOQOL-BREF – Inventário de Qualidade de Vida Breve, contendo 26 questões; (ANEXO)
- d) Escala de Satisfação de Vida, contendo 5 questões; (ANEXO) e,
- e) Escala de Religiosidade da Universidade DUKE – DUREL, contendo 5 questões. (ANEXO)

8.2.1 Questionário de Qualificação Sociodemográfica

O Questionário de Qualificação Sociodemográfica, contendo 27 perguntas, foi elaborado pelo autor da pesquisa e explorou as seguintes áreas:

- a) Número do Participante – Questão 1 – Dado que identificou o participante em toda a pesquisa. O número foi atribuído pelo pesquisador, à medida que eram preenchidos os questionários;
- b) Sexo, data de nascimento e estado civil – As questões 2, 3 e 4 foram elaboradas para avaliar dados objetivos da amostra, como sexo, data de nascimento e estado civil
- c) Escolaridade e “Coisas que você tem em casa” – Questões 6 e 7 – Estas questões foram inseridas no Questionário de Qualificação Sociodemográfica com o objetivo de classificar a amostra por classes econômicas. A resposta a estas questões possibilitou classificar o participante em uma das classes econômicas propostas pelo Critério de Classificação Econômica Brasil, da ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Brasil, 2008);

d) Profissão, trabalho e aposentadoria – Questões 8 a 13 – Estas questões foram elaboradas para identificar o nível de ocupação e envolvimento com trabalho dos participantes;

e) Filhos e companhia – Questões 14 a 16 – O Questionário investigou, por estas questões, se o participante teve filhos, quantos foram e com que mora atualmente.

f) Renda Pessoal – Questão 17

g) Atividades diárias e aos finais de semana – Questões 18 e 19 – Com estas questões o Questionário de Qualificação Sociodemográfico buscou fazer levantamento das atividades rotineiras praticadas pelos participantes, buscando entender como ele utiliza o seu tempo nos dias de semana e nos finais de semana.

h) Atividades físicas e de Lazer – Questões 20 a 25 – Estas questões levantaram o envolvimento dos participantes com atividades físicas e de lazer, além de investigar com quem os participantes praticam atividades físicas e de lazer.

i) Percepção quanto à experiência do envelhecimento – Questões 26 e 27 – A partir destas duas questões, investigou-se se o participante, pelo autorrelato, refere a sua experiência com o envelhecimento como positiva ou negativa. A Questão 26 propôs ao participante a definir o envelhecimento utilizando apenas uma palavra. A Questão 27 pediu que entregasse à sociedade, especialmente aos mais jovens, uma mensagem pessoal a respeito do envelhecimento.

Pela avaliação destas duas questões, a amostra foi dividida, separando os participantes em duas categorias: “Idosos de Bem com a Velhice – IBV” e os “Idosos em Conflito com a Velhice - ICV”.

8.2.2 WHOQOL-OLD

Qualidade de vida é um conceito que foi definido pela OMS como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da sua cultura e dos sistemas de valores em que vive em relação a suas expectativas, a seus padrões e a suas preocupações” (Chachamovich & Fleck, 2008a, p. 61).

A OMS, na década de 1990, criou um de estudos para a elaboração de um instrumento que pudesse discutir e elaborar um instrumento que investigasse a qualidade de vida das pessoas. Este grupo desenvolveu o WHOQOL-100, instrumento especialmente dedicado a investigar a qualidade de vida de pessoas no mundo todo, nos mais diferentes contextos culturais, estabelecendo três conceitos fundamentais no construto de qualidade de vida: 1) subjetividade; 2) multidimensionalidade; e, 3) presença de dimensões positivas (como a mobilidade, por exemplo) e negativas (dor, por exemplo) (Chachamovich & Fleck, 2008a).

O WHOQOL-100 se mostrou eficiente para a avaliação de qualidade de vida de adultos jovens, mas verificou-se a necessidade de se construir um instrumento que aferisse a qualidade de vida de idosos. Para atender a esta demanda, a OMS propôs o desenvolvimento do WHOQOL-OLD, instrumento específico para a mensuração de qualidade de vida de pessoas acima de 60 anos, partindo dos itens que compunham o WHOQOL-100 (Chachamovich, Trentini, Fleck, Schmidt, & Power, 2008).

Para validar a escala, foi realizado teste piloto em 22 centros de pesquisa da OMS no mundo, incluindo o Brasil, sendo que cada centro coletou dados de, no mínimo, 300 sujeitos com idade superior a 60. No total foram entrevistados 7.401 idosos. Posteriormente, foi realizado teste de campo com 5.566 sujeitos em 20 diferentes centros do mundo (Chachamovich et al., 2008).

O WHOQOL-OLD teve sua versão validada em português, no Brasil, por Fleck, Chachamovich et al. (2006).

Assim, o WHOQOL-OLD foi construído, também na década de 1990, contendo 24 questões e seis diferentes facetas, cada uma com quatro questões. O quadro abaixo demonstra as facetas do WHOQOL-OLD:

Faceta		Conceito/Conteúdo
1	Funcionamento dos sentidos	Funcionamento dos sentidos, impacto da perda do funcionamento dos sentidos na Qualidade de Vida
2	Autonomia	Independência do Idoso; ser capaz e livre para viver de modo autônomo e de tomar as próprias decisões
3	Atividades passadas, presentes e futuras	Satisfação com realizações na vida diária, especialmente na comunidade
4	Participação Social	Participação em atividades da vida diária, especialmente na comunidade
5	Morte e morrer	Preocupações e medos acerca da morte e do morrer
6	Intimidade	Ser capaz de ter relacionamentos íntimos e pessoais

Quadro elaborado pelo autor, a partir de Chachamovich, Trentini et al. 2008, p. 107

As facetas do WHOQOL-OLD são compostas pelos seguintes itens:

Faceta 1 – Funcionamento dos sentidos

1. Perda dos sentidos afeta a vida diária
2. Avaliação do funcionamento dos sentidos
3. Perda do funcionamento dos sentidos interfere na participação das atividades
4. Problemas com o funcionamento dos sentidos interferem na habilidade de interagir

Faceta 2 - Autonomia

5. Liberdade para tomar suas próprias decisões
6. Sente que controla seu futuro
7. Consegue fazer as coisas que gostaria de fazer
8. Pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade

Faceta 3 – Atividades passadas, presentes e futuras

9. Feliz com as coisas que pode esperar daqui para a frente
10. Satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações
11. Recebeu o reconhecimento que merece na vida
12. Satisfeito com a quilo que alcançou em sua vida

Faceta 4 – Participação Social

13. Satisfeito com a maneira com a qual usa seu tempo
14. Satisfeito com o seu nível de atividade
15. Tem o suficiente para fazer em cada dia
16. Satisfeito com as oportunidades para participar de atividades na comunidade

Faceta 5 – Morte e morrer

17. Preocupado com a maneira pela qual irá morrer
18. Medo de não poder controlar a sua morte
19. Medo de morrer
20. Teme sofrer dor antes da morte

Faceta 6 - Intimidade

21. Tem um sentimento de companheirismo em sua vida
22. Sente amor em sua vida
23. Oportunidades para amar
24. Oportunidades para ser amado

O WHOQOL-OLD foi criado com o objetivo de acessar itens relevantes e complementares aos instrumentos genéricos de medição de Qualidade de Vida, como o

WHOQOL-100 E O WHOQOL-BREF e por isso deve ser utilizado concomitantemente com um destes instrumentos (Chachamovich et al., 2008).

Nesta direção, na presente pesquisa foi utilizado o WHOQOL-BREF concomitantemente com o WHOQOL-OLD.

8.2.3 WHOQOL-BREF

O WHOQOL-BREF nasceu da necessidade de construir um instrumento de medição de qualidade de vida menos extenso que o WHOQOL-100, que, embora apresentasse um amplo de áreas a serem pesquisadas, em função da sua extensão, por conter 100 questões, se mostrou adequado para a aplicação individual e menos adequado para outros usos. Neste contexto, o WHOQOL-BREF surgiu como uma versão abreviada bem estruturada para a medição da Qualidade de Vida (Chachamovich & Fleck, 2008b).

O WHOQOL-BREF teve sua versão validada em português, no Brasil, por Fleck, Louzada et al. (2000)

O WHOQOL-BREF mede a qualidade de vida em 26 questões e quatro domínios, como demonstrado no quadro abaixo:

Domínios		Temas investigados*
1	FÍSICO	Dor e desconforto (3) Energia e fadiga (10) Sono e repouso (16) Mobilidade (15) Atividades da vida cotidiana (17) Dependência de Medicação (4) Capacidade de Trabalho (18)
2	PSICOLÓGICO	Sentimentos positivos (5) Pensar, aprender (7) Autoestima (19) Imagem corporal (11) Sentimentos negativos (26) Espiritualidade (6)
3	RELAÇÕES SOCIAIS	Relações pessoais (20) Apoio Social (22) Atividade Sexual (21)
4	MEIO AMBIENTE	Segurança Física (8) Ambiente no lar (23) Recursos financeiros (12) Cuidados de saúde (24) Informação (13) Recreação e lazer (14) Ambiente físico (9) Transporte (25)

*Os números entre parênteses correspondem ao número da questão no WHOQOL-BREF
 Quadro elaborado pelo autor, a partir de Chachamovich & Fleck, (2008b).

Além dos temas apresentados acima, as duas primeiras questões do WHOQOL-BREF não estão inseridas na discussão de qualquer dos quatro domínios e propõem autoavaliação do participante a respeito da sua qualidade de vida e da sua saúde: Questão 1: “ Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e Questão 2: “Quão satisfeito você está com a sua saúde?”.

8.2.4 Escala de Satisfação de Vida

A Escala de Satisfação de Vida é composta por cinco itens de autorrelato, cujo conteúdo avalia o nível de satisfação dos sujeitos com suas condições de vida (Diener et al., 1985; Hutz et al., 2014).

Os cinco itens de autorrelato da Escala de Satisfação de Vida são os seguintes:

- 1) Minha vida está próxima do meu ideal
- 2) Minhas condições de vida são excelentes
- 3) Estou satisfeito com a minha vida
- 4) Até agora eu tenho conseguido as coisas importantes que eu quero na vida
- 5) Se eu pudesse viver a minha vida de novo eu não mudaria quase nada

Ela foi construída para ser respondida numa escala Likert de sete pontos em que as pessoas assinalam um número que corresponde ao quanto concordam ou discordam das sentenças apresentadas, sendo “1” o correspondente a “Discordo plenamente” e “2” o correspondente para “Concordo plenamente”, sendo que os valores intermediários representam diferentes níveis de concordância/discordância com os itens.

A interpretação dos scores obtidos com a aplicação da Escala de Satisfação de Vida seguiu a proposta de Pavot and Diener (1993), em que a soma dos pontos pode chegar a 35, sendo que o escore 20 representa o ponto neutro na escala (nem satisfeito nem insatisfeito) e os outros escores assim representados: de 5 a 9 – Extremamente Insatisfeito; de 10 a 14 – Insatisfeito; de 15 a 19 – Ligeiramente insatisfeito; de 21 a 25 – Ligeiramente satisfeito; de 26 a 30 – Satisfeito; e, de 31 a 35 – Extremamente satisfeito.

A Escala de Satisfação de Vida teve sua versão validada em português, no Brasil, por Zanon, Bardagi et al. (2014).

8.2.5 Escala de Religiosidade da Universidade DUKE - DUREL

A Escala de Religiosidade de DUKE é um instrumento breve de avaliação de aspectos relacionados à religiosidade, que investiga três das maiores dimensões aceitas de religiosidade: a Religiosidade Organizacional, a Religiosidade Não-Organizacional e a Religiosidade Intrínseca (Koenig, Parkerson Jr, & Meador, 1997; Lucchetti et al., 2012; Moreira-Almeida et al., 2006; Paula, 2015).

As três dimensões da religiosidade podem ser assim descritas:

- 1) Religiosidade Organizacional – Associada à frequência a encontros religiosos, como cultos, missas, cerimônias, grupos de oração, etc (Taunay et al., 2012);
- 2) Religiosidade Não-Organizacional – Associada à frequência com que a pessoa pratica atividades religiosas na privacidade, como orações, meditações, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio, etc (Taunay et al., 2012); e,
- 3) Religiosidade Intrínseca – Esta dimensão engloba os hábitos e comportamentos religiosos que podem ocorrer e não dependem de do ambiente ou do contexto de uma instituição religiosa, hábitos e comportamentos que se dão fora da estrutura das liturgias organizacionais, e que, inclusive, não depende de outras pessoas para o seu exercício (Martinez et al., 2014).

A Escala de Religiosidade de DUKE é curta, contendo apenas cinco itens e as dimensões da religiosidade acima descritas estão distribuídas da seguinte forma: o primeiro item da escala mede a Religiosidade Organizacional, o segundo item a Religiosidade Não-Organizacional e os três últimos itens tratam da Religiosidade Intrínseca (Moreira-Almeida et al., 2008).

As três dimensões da religiosidade da Escala de Religiosidade DUREL, distribuídas nos cinco itens da escala, são analisadas separadamente e os escores das três dimensões não são somados para se encontrar um escore total (Taunay et al., 2012).

Vários estudos foram realizados no Brasil com o intuito de verificar a validade da Escala de Religiosidade DUREL. Martinez, Alves et al. (2014) entrevistaram 605

indivíduos na cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, e aplicaram a Escala de Religiosidade DUREL. Foi encontrada boa consistência interna do instrumento e os resultados sugeriram que o uso da escala não fica restrito à saúde mental, podendo ser utilizada também no âmbito da Saúde Coletiva.

Paula (2015) testou as propriedades psicométricas da Escala DUREL em plataforma virtual, aplicando a escala em 253 adultos, e chegou à conclusão que as propriedades psicométricas da escala são confiáveis tanto na aplicação convencional quanto via *internet*.

Taunay, Gondim et al. (2012) aplicaram a Escala de Religiosidade DUREL e o WHOQOL-SRPB (Inventário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde: Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais) em duas amostras distintas, uma de estudantes universitários (323 sujeitos) e outra de pacientes psiquiátricos (102 sujeitos). Os resultados apontaram correlações significantes entre os escores do DUREL e do WHOQOL-SRPB⁵, abrindo perspectivas para a aplicação da Escala de Religiosidade DUREL em amostras com características demográficas diversas.

A Escala de Religiosidade de DUKE - DUREL teve sua versão validada em português, no Brasil, por Lucchetti, Lucchetti et al. (2012).

⁵ O WHOQOL-100 inclui quatro questões que discutem religiosidade/espiritualidade. No entanto, estas questões se mostraram insuficientes para a mensuração do quanto questões associadas à espiritualidade estavam associadas à qualidade de vida das pessoas. Por isso, criou-se a escala WHOQOL- SRPB (um módulo do WHOQOL) que mede o quanto crenças espirituais, religiosas ou afetam a qualidade de vida das pessoas. O WHOQOL-SRPB não foi utilizado na presente pesquisa.

8.3 Procedimento

A presente pesquisa foi objeto de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, cadastrada na Plataforma Brasil com o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) nº 57297516.6.0000.5561 e recebeu autorização para início da pesquisa em 16 de agosto de 2016, com o parecer nº 1.681.093. (ANEXO)

Uma vez autorizado o início da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, o autor da pesquisa organizou um grupo de alunos-colaboradores para a aplicação dos protocolos de pesquisa.

Os alunos-colaboradores foram recrutados a partir de um cartazete afixado nas salas de aula de um curso de Psicologia de uma universidade particular da zona sul de São Paulo, que oferecia a oportunidade de participar da pesquisa na condição de aplicador de instrumentos de pesquisa. O grupo de alunos-colaboradores foi formado exclusivamente por estes estudantes de Psicologia e contou com 50 participantes.

O cartazete indicava a inscrição dos interessados por email e, conforme os e-mails foram sendo recebidos pelo autor da pesquisa, foram organizadas duas oportunidades de treinamento para os interessados.

Assim, os alunos-colaboradores que se cadastraram por email participaram de um treinamento que foi ministrado em dois dias diferentes⁶ (dia 23 e dia 25 de agosto de 2016), com o objetivo de apresentar a pesquisa e oferecer instruções da aplicação do protocolo de pesquisa de forma detalhada.

Para o treinamento foram utilizadas salas de aula e equipamento multimídia (Datashow) para apresentar os objetivos da pesquisa, as características dos participantes a serem entrevistados, as características dos instrumentos a serem aplicados, a forma de abordagem dos sujeitos de pesquisa, as questões éticas envolvidas na pesquisa, a necessidade da autorização expressa dos participantes no TCLE –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE), além de promover uma dinâmica que consistia na aplicação dos instrumentos entre os alunos-colaboradores, com o propósito de simular as aplicações e eliminar possíveis dúvidas na aplicação dos instrumentos.

⁶ Os treinamentos foram ministrados das 18h30 às 20h, durante a Semana de Estudos do Curso de Psicologia, semana em que não são ministradas aulas e os alunos comparecem à universidade para participarem das palestras, seminários e workshops. As atividades da Semana de Psicologia tiveram início às 20h.

As dúvidas foram sanadas nas reuniões com os alunos-colaboradores e eles tiveram a oportunidade de apresentar questionamentos posteriormente, e a qualquer momento, por email, telefone ou contato pessoal com o autor da pesquisa, quando julgassem necessário.

Após o treinamento, os alunos-colaboradores agendaram por email dia e horário com o autor, durante o mês de setembro de 2016, e retiraram as cópias dos protocolos de pesquisa que seriam aplicados, contendo todos os instrumentos, além do TCLE – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram distribuídos 335 protocolos de pesquisa aos alunos-colaboradores.

Os alunos-colaboradores, como forma de reforçar as instruções apresentadas no treinamento, receberam, na ocasião em que retiraram os protocolos de pesquisa para a aplicação, instruções por escrito que versavam sobre questões éticas e que ofereciam um passo-a-passo da abordagem dos participantes e da aplicação dos instrumentos, no documento elaborado pelo autor, denominado “INSTRUÇÕES PARA A COLETA DE DADOS DA PESQUISA: “O IDOSO DE BEM COM A VELHICE: UMA INVESTIGAÇÃO ENVOLVENDO IDOSOS QUE RELATAM O ENVELHECIMENTO COMO SATISFATÓRIO” (APÊNDICE).

Também no momento da retirada dos protocolos, os alunos-colaboradores assinaram um “COMPROMISSO DE ALUNO-PESQUISADOR”, documento elaborado pelo autor da pesquisa, que continha um pequeno cadastro dos alunos-colaboradores: nome do aluno-colaborador, Registro Acadêmico, data de nascimento, documento de identidade (RG), CPF, endereço, email e telefones, dados que ficaram de posse do autor da pesquisa (APÊNDICE).

Abaixo dos dados de cadastro, o aluno-colaborador leu e concordou com o seguinte compromisso, além de exarar a sua assinatura:

COMPROMISSO:

Eu me comprometo a aplicar os instrumentos da pesquisa “O IDOSO DE BEM COM A VELHICE: UMA INVESTIGAÇÃO ENVOLVENDO IDOSOS QUE RELATAM O ENVELHECIMENTO COMO SATISFATÓRIO” observando todas as instruções que recebi do Pesquisador Prof. Esny Cerene Soares, e garanto que:

- 1. Aplicarei os instrumentos de pesquisa exclusivamente no público da pesquisa (Idosos com idade superior a 70 anos, que não estejam abrigados ou asilados);*
- 2. Agirei sempre de forma ética, respeitando o participante da pesquisa em todos os aspectos;*

3. *Preencherei todos os dados dos formulários de forma fidedigna, sem incluir, omitir ou alterar dados dos entrevistados;*
4. *Não entrevistarei parentes consanguíneos (pais, avós, bisavós);*
5. *Comunicarei expressamente ao responsável pela pesquisa toda e qualquer peculiaridade ou dificuldade encontrada durante qualquer parte do processo da pesquisa;*
6. *Entregarei ao Pesquisador Prof. Esny Cerene Soares todos os formulários de pesquisa que recebi, inclusive os que não foram utilizados.*

São Paulo, _____ de setembro de 2016.

Os protocolos de pesquisa foram aplicados pelos alunos-colaboradores no período compreendido entre os dias 05 de setembro de 2016 e 15 de outubro de 2016.

Durante o processo de aplicação, alguns alunos-colaboradores procuraram o autor da pesquisa para retirar mais protocolos, uma vez que pretendiam aplicar em outros participantes ou entregar protocolos preenchidos, enquanto outros procuraram o autor para devolver protocolos em branco, uma vez que não conseguiram os sujeitos.

Os alunos relataram que a aplicação dos instrumentos com idosos duraram, em média 35 minutos. Alguns idosos preferiram preencher eles mesmos as questões do questionário sociodemográfico e os instrumentos. Outros preferiram que os entrevistadores preenchessem o questionário e os campos dos instrumentos a partir do relato.

No dia 15 de outubro de 2016 todos os 186 protocolos utilizados na pesquisa estavam em poder do autor.

8.4 Análise estatística dos dados

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o software IBM SPSS.

Os dados foram distribuídos em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) e apresentados em forma de tabelas.

Pela Estatística Descritiva, buscou-se descrever, de forma sumária, o conjunto de dados da pesquisa, demonstrando a sua tendência central. Segundo Marôco (2011), as medidas de tendência central procuram caracterizar o valor da variável sob o estudo que ocorre com mais frequência. “Uma medida de tendência central é um conjunto de medidas que fornece uma indicação do escore típico desse conjunto” (Dancey & Reidy, 2013).

Na presente pesquisa a média foi utilizada como medida de tendência central para descrever os dados. Para comparar as médias, foi utilizado o teste *t-student*, que informa se a diferença entre as médias de duas amostras independentes é grande o suficiente para ser importante e alcançar significância estatística (Martins, 2011).

Para as análises estatísticas adotou-se um intervalo de confiança de 95% com um nível de significância de 5%.

8.5 Segmentação da amostra

Tendo em vista que o presente trabalho se propõe a uma investigação envolvendo o “idoso de bem com a velhice”, a amostra geral foi dividida a fim de classificar dois tipos de participantes: o idoso de bem com a velhice (IBV) e o idoso em conflito com a velhice (ICV).

Para se chegar à definição de quem, na amostra, pode ser classificado como idoso de bem com a velhice (IBV) ou idoso em conflito com a velhice (ICV), foi utilizado o autorrelato dos participantes, por julgar ser uma forma segura de chegar a esta compreensão.

É comum o uso do autorrelato dos participantes para se alcançar compreensão de questões subjetivas, como a que é objeto da presente pesquisa: o envelhecimento. Nestes casos, o autor considerou a pessoa do participante como a melhor avaliadora da sua própria condição e experiência (Barros et al., 2010; A. P. Corrêa, 2016a; M. P. A. Fleck, 2008b; Patrick, 2008; Seibel, Poletto, & Koller, 2016).

Assim, nesta pesquisa, o Idoso de Bem com a Velhice (IBV), é aquele que, ao responder às questões 26 e 27 do Questionário de Qualificação Sociodemográfica, relatou uma percepção satisfatória da sua experiência de envelhecimento. E, conseqüentemente, o Idoso em Conflito com a Velhice (ICV) é aquele que relatou uma percepção que não pode ser considerada positiva quanto à sua experiência de envelhecimento.

O termo “Idoso em Conflito com a Velhice” (ICV) foi criado apenas para distinguir este grupo de participantes dos Idosos de Bem com a Velhice (IBV). Assim, no grupo dos ICV estão todos aqueles que não relataram a experiência de envelhecimento como satisfatória. Alguns deles, como veremos abaixo, claramente relataram o envelhecimento como ruim, insatisfatório, indesejável. É bem verdade que alguns ICV, no entanto, apresentaram relatos mais neutros a respeito da experiência de envelhecimento, mas por não ser percebida no relato uma expressão claramente satisfatória, foram incluídos entre os ICV.

As questões 26 e 27 do Questionário de Qualificação Sociodemográfica tinham, respectivamente, as seguintes redações: “*Se você tivesse a oportunidade de definir o envelhecimento, a partir da sua experiência, utilizando apenas uma palavra, qual palavra seria?*”, e, “*Suponha que você tem agora a oportunidade de entregar à sociedade, especialmente aos mais jovens, uma mensagem pessoal a respeito do envelhecimento. Em poucas palavras, o que você falaria?*”.

Elas foram submetidas a uma análise de conteúdo, tratadas qualitativamente. Todas as respostas às questões 26 e 27 foram transcritas em uma planilha e, a fim de se definir quais participantes poderiam ser considerados IBV ou ICV, optou-se por submeter as respostas dos participantes a quatro juízes, a fim de se evitar que apenas o autor pudesse definir a classificação das respostas.

Os juízes receberam por email duas planilhas, uma referente à questão 26 e outra referente à questão 27, e lhes foi solicitado que as preenchessem expressando o quanto eles entendiam que aquela resposta expressava uma percepção "POSITIVA", "NEGATIVA" ou "NEUTRA" do envelhecimento. Eles responderam às seguintes questões, a primeira referente à questão 26 e a segunda referente à questão 27:

Pergunta: *“Se você tivesse a oportunidade de definir o envelhecimento, a partir da sua experiência, utilizando apenas uma palavra, qual seria esta palavra?”*. Cada quadro abaixo expressa uma resposta que um idoso deu à pergunta acima. Diante de cada resposta, você acha ela expressa uma percepção "NEGATIVA", "NEUTRA" ou "POSITIVA" do envelhecimento? Assinale “N” para “NEGATIVA”, “NN” PARA “NEUTRA” e “P” para “POSITIVA”.

Pergunta: *"Suponha que você tenha agora a oportunidade de entregar à sociedade, especialmente aos mais jovens, uma mensagem a respeito do envelhecimento. Em poucas palavras, o que você falaria?"*. Cada quadro abaixo expressa uma resposta que um idoso deu à pergunta acima. Diante de cada resposta, você acha ela expressa uma percepção "NEGATIVA", "NEUTRA" ou "POSITIVA" do envelhecimento? Assinale “N” para “NEGATIVA”, “NN” PARA “NEUTRA” e “P” para “POSITIVA”.

Como exemplo, abaixo seguem cinco respostas à questão 26 (*“Se você tivesse a oportunidade de definir o envelhecimento, a partir da sua experiência, utilizando apenas uma palavra, qual seria esta palavra?”*), que foram entendidas, por todos os juízes, como “NEGATIVAS”, “NEUTRAS” e “POSITIVAS”:

NEGATIVAS: Triste; Besteira; Difícil; Ingrato; e, Desilusão.

NEUTRAS: Passagem; Normal; Natural; Idade; e, Casamento.

POSITIVAS: Ótima; Alegria; Bênção; Boa; e, Felicidade.

E, abaixo, seguem cinco respostas à questão 27 (*"Suponha que você tenha agora a oportunidade de entregar à sociedade, especialmente aos mais jovens, uma mensagem a respeito do envelhecimento. Em poucas palavras, o que você falaria?"*), que foram entendidas, por todos os juízes, como “NEGATIVAS”, “NEUTRAS” e “POSITIVAS”:

NEGATIVAS:

"Aproveitem a mocidade, estudem muito, para no final não sofrer como eu";

"O envelhecimento é algo que deixa a gente frustrado, pois não conseguimos fazer as mesmas coisas de antes";

"Aproveite a vida sem exageros, porque ficar idoso é horrível";

"Aproveitem a mocidade porque envelhecer é difícil"; e,

"Prepare-se para o envelhecimento, porque o negócio não é mole, não!".

NEUTRAS:

"Respeitem o próximo";

"Não se envolvam com drogas ou algo que faça perder seu caráter";

"Se cuidem";

"Fazer atividades físicas e não entrar nas drogas nem bebidas"; e,

"Na escola da vida não há férias".

POSITIVAS:

"Ser idoso é a coisa mais maravilhosa do mundo";

"Vale a pena envelhecer";

"Falaria aos jovens para nunca se afastarem da família para que, quando forem idosos, serem felizes como eu";

"Cuide-se para envelhecer com saúde. Prepare sua vida financeira pra o envelhecimento. Faça muitos amigos e cultive-os. Tenha um trabalho voluntário que lhe dê satisfação e que possa exercer na velhice. Mantenha a mente sempre ocupada. Faça atividades com as mãos para não perder habilidades";

"O envelhecimento depende de cada pessoa. Tenho 90 anos e me sinto bem com a vida que tive. Temos de viver com alegria sempre".

O corpo de juízes foi composto pelo autor da pesquisa, duas psicólogas que trabalham com Psicologia do Desenvolvimento e uma pedagoga.

8.5.1 Análise de concordância entre juízes – Coeficiente Kappa

Recebidas as planilhas preenchidas pelos juízes, os dados foram submetidos a tratamento estatístico e foi utilizado o coeficiente de Kappa para se demonstrar o nível de concordância entre os juízes.

De acordo com Perroca & Gaidzinski (2003) vários enfoques estatísticos podem ser utilizados para se determinar a confiabilidade entre avaliadores e entre os mais utilizados está o Coeficiente Kappa.

Avaliar e assegurar a consistência da medida referente a um processo de classificação é fundamental e é frequente optar-se por uma estratégia que avalie a objetividade dessa classificação a partir de um grau específico de concordância entre dois ou mais avaliadores (juízes), o que pode ser chamado de “acordo entre juízes” (Fonseca, Silva, & Silva, 2013).

O índice de concordância Kappa representa “uma medida de reprodutividade para variáveis categóricas, ou seja, é a medida que expressa a consistência ou concordância de resultados quando a mensuração ou o exame é repetido em condições idênticas” (Fraga-Maia & Santana, 2005).

Baltar & Okano (2017) assim explicam a utilização da Análise de Concordância de Kappa:

Para saber se uma dada caracterização/classificação de um objeto é confiável, é necessário ter este objeto caracterizado ou classificado várias vezes, por exemplo, por mais de um juiz.

Para descrevermos a intensidade da concordância entre dois ou mais juízes, ou entre dois métodos de classificação (por ex. dois testes de diagnóstico), utilizamos a medida Kappa que é baseada no número de respostas concordantes, ou seja, no número de casos cujo resultado é o mesmo entre os juízes. O Kappa é uma medida de concordância interobservador e mede o grau de concordância além do que seria esperado tão somente pelo acaso. Esta medida de concordância tem como valor máximo o 1, onde este valor 1 representa total concordância e os valores próximos e até abaixo de 0, indicam nenhuma concordância, ou a concordância foi exatamente a esperada pelo acaso. Um eventual valor de Kappa menor que zero, negativo, sugere que a concordância encontrada foi menor do que aquela esperada por acaso. Sugere, portanto, discordância, mas seu valor não tem interpretação como intensidade de discordância (www.lee.dante.br/pesquisa/kappa/)

Muitos estudos têm sido realizados utilizando-se o Kappa para se avaliar o nível de concordância de respostas, em diversas áreas. Um estudo utilizando este método foi

realizado com 61 idosos internados em hospitais públicos na cidade do Rio de Janeiro e buscou consistência nas respostas de pacientes quanto ao consumo de medicamentos e fraturas decorrentes de quedas. Os idosos foram entrevistados duas vezes num intervalo de cinco a sete dias e os valores do coeficiente Kappa foram altos, mostrando elevada consistência da informação obtida sobre os medicamentos usados recentemente (Coutinho et al., 1999).

O mais comum, porém, é a utilização de avaliadores diferentes, como no estudo que avaliou a confiabilidade de um instrumento para a classificação de pacientes e para isso foram utilizadas quatro enfermeiras de um hospital público da cidade de São José de Rio Preto. As enfermeiras avaliaram 50 pacientes para classificar o grau de complexidade assistencial, utilizando um instrumento elaborado para este fim. O nível de concordância apresentou evidências suficientes de que o instrumento apresentava confiabilidade para ser utilizado na prática gerencial do enfermeiro como instrumento diagnóstico de cuidado do paciente (Perroca & Gaidzinski, 2003).

Ventura & Bottino (2001) utilizaram o coeficiente Kappa para estudar a confiabilidade da versão em português de uma entrevista estruturada para o diagnóstico de demência, sendo que dois entrevistadores utilizaram para a avaliação de vinte idosos e os valores de Kappa obtidos sugeriram que a referida entrevista estruturada pode ser considerada instrumento confiável para ser aplicado em pacientes ambulatoriais brasileiros com diagnóstico presumido de demência.

A fim de se identificar comorbidades em pacientes idosos com câncer de próstata, duas enfermeiras do serviço de oncologia de um hospital analisaram, separadamente, 110 prontuários de pacientes idosos após a alta e aplicaram duas escalas, com base em critérios padronizados específicos. A confiabilidade foi analisada por meio do coeficiente Kappa e o estudo evidenciou boa concordância, sendo que uma das escalas mostrou-se mais eficiente para identificar maior número de pacientes com comorbidade (J. S. Santos, Tavares, Luz, & Mattos, 2015).

Numa pesquisa em que se pretendia investigar o nível de concordância de informações entre mães e filhas adolescentes quanto a questões de saúde, Fraga-Maia & Santana (2005) entrevistaram, na cidade de Salvador, em 82 pares de adolescentes e suas mães e o Kappa foi utilizado para avaliar o nível de concordância entre as respostas obtidas pelas mães e pelos adolescentes, apresentando, neste estudo, índices baixos de concordância.

Também na área da educação se encontram pesquisas utilizando o coeficiente Kappa. Santos, Monteiro & Rodrigues-Junior (2010) utilizaram o Kappa para avaliar provas de mestrado de uma Instituição de Ensino Superior do centro-oeste do Brasil num período de 10 anos e concluíram que as avaliações não encontravam consistência, sendo que em alguns momentos o índice de concordância oscilavam entre índices altos e baixos.

Na presente pesquisa, o autor e mais três juízes, como mencionado acima, responderam a uma planilha e para a análise dos dados foi utilizado o software específico para ciências sociais, o IBM-SPSS.

Assim, os dados dos juízes alcançaram os seguintes níveis de concordância para a questão 26 e 27, respectivamente:

Concordância entre Juízes

Questão 26 – Medida de Concordância Kappa

	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4
Juiz 1		0,730	0,759	0,607
Juiz 2	0,730		0,920	0,578
Juiz 3	0,759	0,920		0,622
Juiz 4	0,607	0,578	0,622	

Questão 27 – Medida de Concordância Kappa

	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4
Juiz 1		0,185	0,269	0,222
Juiz 2	0,185		0,372	0,201
Juiz 3	0,269	0,372		0,354
Juiz 4	0,222	0,201	0,354	

Tabela Elaborada pelo Autor - Fonte: Dados da pesquisa

O Laboratório de Epidemiologia e Estatística do Instituto Dante Pazzanese apresenta em seu *site* uma tabela de referência dos valores de concordância Kappa, que será utilizada nesta pesquisa (Baltar & Okano, 2017a):

Valores para Kappa	Interpretação
<0	Nenhum acordo
0-0.19	Acordo Pobre
0.20-0.39	Acordo Fraco
0.40-0.59	Acordo Moderado
0.60-0.79	Acordo Substancial
0.80-1.00	Acordo Quase Perfeito

Tabela elaborada por Baltar & Okano (2017)
 Fonte: <http://www.lee.dante.br/pesquisa/kappa/>

Utilizando-se a tabela acima, que aponta valores para níveis de concordância de Kappa, encontramos alto nível de concordância entre os juízes para as respostas da questão 26 (*“Se você tivesse a oportunidade de definir o envelhecimento, a partir da sua experiência, utilizando apenas uma palavra, qual seria esta palavra?”*): entre moderado e quase perfeito, sendo que boa parte dos coeficientes podem ser classificados como “acordo substancial” e “acordo quase perfeito”.

No entanto, ao avaliarmos a tabela dos níveis de concordância Kappa para a questão 27 (*“Suponha que você tenha agora a oportunidade de entregar à sociedade, especialmente aos mais jovens, uma mensagem a respeito do envelhecimento. Em poucas palavras, o que você falaria?”*) encontramos índices muito baixos, classificados entre “acordo pobre” e “acordo fraco”.

Apesar dos baixos níveis de concordância, eles devem ser considerados na presente pesquisa, uma vez que não foi encontrado na literatura parâmetro de níveis de concordância que pudesse servir de comparação com as questões avaliadas.

Assim, para segmentar a amostra, foram atribuídos valores ao conceitos “NEGATIVO”, “NEUTRO” e “POSITIVO”, sendo que para “NEGATIVO” atribuiu-se “0” (Zero), para “NEUTRO” atribuiu-se “1” (um) e para o conceito “POSITIVO” atribuiu-se o valor “2” (dois). Dessa forma, a amostra foi segmentada e foram considerados Idosos de Bem com a Velhice (IBV) aqueles que atenderam aos seguintes critérios:

Foram considerados IBV:

1. Todos os participantes que alcançaram o escore “16” na soma das questões “26” e “27”, ou seja, os quatro juízes atribuíram valor “2” às respostas;⁷
2. Todos os participantes que alcançaram o escore “15”, na soma das questões “26” e “27”;⁸ e,
3. Todos os participantes que alcançaram o escore “14” na soma das questões “26” e “27”, desde que não tenham recebido, de nenhum dos avaliadores, a alguma pontuação “0” (NEGATIVO).

Dessa forma, a amostra foi segmentada em dois grandes grupos: Os Idosos de Bem com a Velhice (IBV), composto por 99 participantes e Os Idosos em Conflito com a Velhice (ICV), composto por 87 participantes.

A descrição da amostra segmentada será apresentada na Discussão dos Resultados.

⁷ Considerando que todos os juízes atribuíram notas de 0 a 2, sendo “0” – Negativo, “1” – Neutro, e, “2” – Positivo, o participante que alcançou “16” pontos foi aquele que teve avaliação absolutamente positiva, por todos os avaliadores.

⁸ Os participantes que alcançaram “15” pontos foram aqueles que tiveram avaliação positiva de todos os avaliadores, menos em uma questão, questão que foi avaliada como “NEUTRA”. O autor entendeu que este participante esteve muito próximo daquele que recebeu a avaliação absolutamente positiva, e, por isso, pode ser classificado como IBV.

9 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Tabela 01 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à composição da amostra por sexo.

Tabela 01 - Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à composição da amostra por sexo

Sexo	f	%	% acumulado
Masculino	55	29,6	29,6
Feminino	131	70,4	100,0
Total	186	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto à distribuição dos participantes por sexo, temos que, dos 186 participantes, 55 são do sexo masculino, correspondendo a 29,6% do total da amostra, e, 131 são do sexo feminino, correspondendo a 70,4%.

A população idosa no Brasil, segundo o Ministério da Saúde apresenta um número superior de mulheres em relação aos homens. O Relatório Interagencial de Informações para Saúde (SAÚDE, 2009) aponta que os diferenciais de gênero entre a população idosa são notáveis. Em 2000, para cada 100 mulheres idosas, havia 81 homens idosos.

A amostra da presente pesquisa apresenta uma distribuição em que, como ocorre no cenário nacional, prevalece o número maior de mulheres idosas em relação aos homens, embora não coincidente na proporção encontrada na população brasileira.

Todos os participantes da pesquisa são idosos e têm idade superior a 70 anos. O Brasil, por ser um país em desenvolvimento, considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos (Federal, 2003), enquanto nos países desenvolvidos, a idade para ser considerado idoso é de 65 anos ou mais (SAÚDE, 2009; C. C. Silva et al., 2013).

A Tabela 02 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto às faixas de idade dos participantes.

Tabela 02 - Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto às faixas de idade dos participantes

Faixas de idade	f	%	% acumulado
De 70 a 74 anos	80	43,0	43,0
De 75 a 79 anos	55	29,6	72,6
De 80 a 84 anos	30	16,1	88,7
De 85 a 89 anos	12	6,5	95,2
90 anos ou mais	9	4,8	100,0
Total	186	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Os 186 participantes da pesquisa foram divididos por faixas de idades (de 70 a 74, de 75 a 79, de 80 a 84, de 85 a 90 e acima de 90 anos), como pode ser observado na Tabela 02.

Quanto às faixas de idade estabelecidas por esta pesquisa, a amostra se distribui da seguinte maneira:

- a) 80 participantes têm idade entre 70 e 74 anos, correspondendo a 43% da amostra;
- b) 55 participantes contam com idade entre 75 e 79 anos, correspondendo a 29,6% da amostra total;
- c) 30 participantes com idade entre 80 a 84 anos, correspondendo a 16,1% da amostra;
- d) 12 participantes contam com idade entre 85 a 89 anos, correspondendo a 6,5% do total da amostra, e,
- e) 9 participantes têm idade acima de 90 anos, correspondendo a 4,8% da amostra.

Dado a ser ressaltado na tabela acima é o percentual de idosos com mais de 80 anos de idade, que corresponde a 27,4% da amostra total. Segundo SAÚDE (2009), este é um dado que vem caracterizando nossa amostra de idosos no Brasil: o envelhecimento da própria população idosa. “Enquanto 17% dos idosos, de ambos os sexos, em 2000, tinham 80 ou mais de idade, em 2050 corresponderão, provavelmente, a aproximadamente 28%” (p. 48). Curiosamente, esta porcentagem está contemplada na amostra da presente pesquisa.

A Tabela 03 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao estado civil dos participantes.

Tabela 03 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao estado civil dos participantes

Estado Civil	f	%	% acumulado
Casado ou União Estável	78	41,9	41,9
Solteiro	18	9,7	51,6
Separado/Divorciado	22	11,8	63,4
Viúvo	68	36,6	100,0
Total	186	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor
Fonte: Dados da pesquisa

Os 186 participantes, quanto ao estado civil, foram divididos nas seguintes categorias: “Casado ou União Estável”, “Solteiro”, “Separado/Divorciado” e “Viúvo”.

Como se pode observar na tabela acima, quanto ao estado civil da amostra, a amostra se distribui da seguinte maneira:

- a) 78 participantes se declararam casados, correspondendo a 41,9% da amostra;
- b) 18 participantes se declararam solteiros, correspondendo a 9,7 da amostra total;

- c) 22 participantes se declararam separados ou divorciados, correspondendo a 11,8% da amostra; e,
- d) 68 participantes se declararam viúvos, correspondendo a 36,6% da amostra.

A Tabela 04 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à escolaridade dos participantes.

Tabela 04 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à escolaridade dos participantes

Escolaridade	f	%	% acumulado
Não Alfabetizado até Ensino Fundamental Incompleto	48	25,8	25,8
Fundamental Completo	83	44,6	70,4
Ensino Médio Completo	32	17,2	87,6
Nível Superior Completo	23	12,4	100,0
Total	186	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor
Fonte: Dados da pesquisa

Os 186 participantes, quanto à escolaridade, foram divididos pelas seguintes categorias: “Não Alfabetizado ou cursado até Ensino Fundamental Incompleto”, “Ensino Fundamental completo”, “Ensino Médio Completo” e “Nível Superior completo”.

Como se pode observar na Tabela 04, quanto à escolaridade da amostra, ela se distribui da seguinte maneira:

- a) 48 participantes são “não alfabetizados” ou, embora tenham estudado, não conseguiram completar o Ensino Fundamental, correspondendo a 25,8% da amostra;
- b) 83 participantes completaram o Ensino Fundamental, correspondendo a 44,6 da amostra total. Cabe salientar que muitos participantes relataram que completaram o “ensino fundamental” da sua época, denominado “primário”, que chegava apenas à 4ª série, e não corresponde ao Ensino Fundamental da maneira como está configurado atualmente. Mas é preciso levar-se em consideração que não havia o “Ensino Médio” naquele tempo e o “primário”, neste caso, está sendo equiparado ao nosso ensino fundamental;
- c) 32 participantes completaram o Ensino Médio, correspondendo a 17,2% do total da amostra. Estes, em geral, são idosos jovens, que conseguiram cursar o “colegial”, correspondente direto do “Ensino Médio” atual; e,
- d) 23 participantes têm um nível superior e concluíram um Curso Superior, correspondendo a 12,4% da amostra.

Os Cursos Superiores Cursados pelos participantes são: Administração de empresas (3 participantes); Administração Hospitalar (1 participante); Economia (3

participantes); Direito (5 participantes); Filosofia (1 participante); Geografia (1 participante); História (3 participantes); Jornalismo (1 participante); Medicina (1 participante); Odontologia (1 participante); Pedagogia (3 participantes); Serviço Social (3 participantes); e, Teologia (1 participante). Quatro participantes concluíram dois cursos superiores.

Segundo o IBGE (IBGE, 2013), no censo demográfico de 2010, na região Sudeste (região onde foi aplicada a presente pesquisa), 17,1% das pessoas com 60 anos ou mais eram analfabetas. Considerando que na presente pesquisa estão agrupados os participantes “não-alfabetizados” com aqueles que não chegaram a concluir o Ensino Fundamental, pode-se inferir que, quando ao analfabetismo, a amostra da presente pesquisa está bem próxima daquela publicada pelo IBGE.

Por outro lado, a média de anos de estudo das pessoas de 60 anos ou mais de idade elevou-se de 3,5 anos de estudo, em 2004, para 4,8 anos de estudo, em 2014. E a proporção de idosos com 9 anos ou mais de estudo aumentou de forma expressiva, passando de 12,7%, em 2004, para 20,7%, em 2014 (IBGE, 2015). Neste ponto, a amostra da presente pesquisa apresenta percentuais maiores aos encontrados pelo IBGE, sendo que 29,6% da amostra declara mais de 9 anos de estudo.

A Tabela 05 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à renda pessoal dos participantes.

Tabela 05 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à renda pessoal dos participantes

Renda	f	%	% acumulado
Não tem renda	3	1,6	1,6
De um a três salários mínimos	134	72,0	73,7
De três a seis salários mínimos	31	16,7	90,3
De seis a dez salários mínimos	6	3,2	93,5
Acima de dez salários mínimos	12	6,5	100,0
Total	186	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor
Fonte: Dados da pesquisa

Quanto à renda, como evidenciado na Tabela 05, a amostra assim se apresenta:

- 3 participantes declararam não possuir renda alguma, correspondendo a 1,6% da amostra;
- 134 participantes declararam renda entre um e três salários mínimos, correspondendo a 72% da amostra total;
- 31 participantes declararam renda de três a seis salários mínimos, correspondendo a 16,7% da amostra;

- d) 6 participantes declararam renda entre seis e dez sal[ario mínimos, correspondendo a 3,2% do total da amostra, e,
- e) 12 participantes declararam renda acima de dez salários mínimos, correspondendo a 6,5% da amostra.

Entre os Censos Demográficos de 1991 e 2000, houve um aumento de 63% na renda média dos idosos do Brasil e a principal fonte de renda desta faixa etária da população é o rendimento proveniente da aposentadoria e o rendimento médio, que em 2000, era de R\$ 657,00 (BRASIL, 2013).

Os idosos foram classificados quanto à estratificação social a partir do “Critério de Classificação Econômica Brasil”, que “ênfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de ‘classes sociais’, sendo a divisão de mercado definida exclusivamente por classes econômicas” (Brasil, 2008). (ANEXO)

A Tabela 06 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à classificação econômica dos participantes.

Tabela 06 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à classificação econômica dos participantes

Classes	f	%	% acumulado
Classe A	11	5,9	5,9
Classe B	55	29,6	35,5
Classe C	95	51,1	86,6
Classe D	23	12,4	98,9
Classe E	2	1,1	100,0
Total	186	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

O Critério Brasil de Classificação Econômica (Brasil, 2008) apresenta seis cortes, sendo eles: Classes A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, e, E. Para a presente pesquisa, os cortes foram agrupados em Classes A, B, C, D, e, E, a fim de simplificar a apresentação e classificação.

Dessa forma, a amostra, seguindo a proposta da ABEP, foi assim distribuída:

- a) 11 participantes foram classificados na “Classe A”, correspondendo a 5,9% da amostra;
- b) 55 participantes foram classificados na “Classe B”, correspondendo a 29,6 da amostra total;
- c) 95 participantes foram classificados na “Classe C”, correspondendo a 51,1% da amostra;

- d) 23 participantes foram classificados na “Classe D”, correspondendo a 12,4% do total da amostra, e,
- e) 2 participantes apenas foram classificados na “Classe E”, correspondendo a 1,1% da amostra.

A Classe C é a predominante na presente amostra, com mais da metade dos participantes, seguida pela Classe B, com 29,6% (vinte e nove vírgula seis por cento) dos entrevistados.

Os percentuais das classes econômicas da presente amostra e da distribuição da população para a região metropolitana de São Paulo em classes econômicas da ABEP são muito próximos.

A Tabela 07 apresenta a distribuição em termos de percentuais (%) quanto à classificação econômica dos participantes da amostra comparada à da distribuição da população da região metropolitana de São Paulo, segundo a ABEP.

Tabela 07 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à classificação econômica dos participantes da amostra comparada à da distribuição da população metropolitana de São Paulo da ABEP

Classes	% Amostra	% ABEP
Classe A	5,9	5,8
Classe B	29,6	31,2
Classe C	51,1	48,7
Classe D	12,4	13,7
Classe E	1,1	0,6
Total	100,0	100,0

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Desse modo, como demonstrado na Tabela 07, a distribuição da amostra por classes econômicas apresenta uma distribuição fiel ao que se encontra na região em que foram entrevistados os participantes da presente pesquisa.

A Tabela 08 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à religião dos participantes.

Tabela 08 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à religião dos participantes

Religião	F	%	% acumulado
Católico	117	62,9	62,9
Evangélico	35	18,8	81,7
Espírita	16	8,6	90,3
Outras expressões religiosas ou sem religião	18	9,7	100,0
Total	186	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Os 186 participantes, quanto à religião, foram divididos pelas seguintes categorias: “Católico”, “Evangélico”, “Espírita” e “Outras expressões religiosas ou sem religião”.

Como se pode observar na tabela acima, quanto à religião da amostra, ela se distribui da seguinte maneira:

- a) 117 participantes se declararam católicos, correspondendo a 62,9%, despontando como o grupo predominante da amostra quanto à religião;
- b) 35 participantes se declararam evangélicos, correspondendo a 18,8 da amostra total;
- c) 16 participantes se declararam espíritas, correspondendo a 8,6% da amostra; e,
- d) 18 participantes declararam professarem outras religiões, afirmaram que não têm religião, ou ainda, deixaram de declarar a religião, correspondendo a 9,7% da amostra.

De acordo com o IBGE (IBGE, 2013), a distribuição percentual da população no Brasil, por grupos de religião, em 2010, 65% da população brasileira era composta de católicos romanos, 22,4% era evangélica, os espíritas somavam 2%, outras religiões 2,7% e sem religião, 8%. Os percentuais encontrados na amostra do presente trabalho são muito próximos do encontrado no Censo Demográfico de 2010, com exceção do percentual de espíritas, que na presente amostra é de 8,6%.

Dos 18 participantes que foram classificados em “outras expressões religiosas ou sem religião”, encontramos as seguintes expressões religiosas: Adventista do 7º Dia, 2; Judaísmo, 1; Igreja Messiânica, 2; Seicho-no-ie, 1; Testemunha de Jeová, 2; “Cristão”, 1; Sem religião, 2; e, 7 participantes não declararam sua religião.

A Tabela 09 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao envolvimento em atividade laboral dos participantes.

Tabela 09 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao envolvimento laboral dos participantes

Trabalho	f	%	% acumulado
Sim, trabalho	43	23,1	23,1
Não, não trabalho	143	76,9	100,0
Total	186	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor
Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se que apenas 43 participantes, correspondendo a 23,1% trabalham, sendo que a maioria da amostra, 143, correspondendo a 76,9% não exerciam atividade laboral no momento da entrevista.

Segundo o IBGE (2015), o nível de ocupação de pessoas de 60 anos ou mais de idade foi de 29,1% em 2014, dado próximo do observado na presente amostra.

A Tabela 10 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao tempo (em horas) dedicado ao trabalho por dia pelos participantes que trabalham.

Tabela 10 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao tempo (em horas) dedicado ao trabalho por dia pelos participantes que exercem atividade laborativa

Quantas horas trabalha	f	%	% acumulado
Trabalha de 1 a 4 horas por dia	7	16,3	16,3
Trabalha de 5 a 8 horas por dia	25	58,1	74,4
Trabalha de 9 e 12 horas por dia	11	25,6	100,0
Total	43	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor
Fonte: Dados da pesquisa

Do total da amostra, apenas 23,1% dos participantes trabalham. Quanto às horas que trabalham diariamente, a amostra foi classificada nas seguintes categorias: “Trabalha de 1 a 4 horas”, “Trabalha de 5 a 8 horas por dia”, e, “Trabalha de 9 e 12 horas por dia”.

- 7 participantes trabalham de 1 a 4 horas por dia, correspondendo a 16,3% dentre os que trabalham;
- 25 participantes trabalham de 5 a 8 horas por dia, correspondendo a 58,1 dentre os que trabalham; e,
- 11 participantes trabalhavam de 9 a 12 horas por dia, correspondendo a 25,6% dentre os que trabalham.

Segundo o IBGE (2015), a média de horas trabalhadas por pessoas com 60 anos ou mais de idade, em 2014, foi de 33,9 horas por semana. Comparando estes dados com os evidenciados na Tabela 10, percebe-se que a maioria da amostra trabalha mais que a média nacional de horas trabalhadas por semana para esta faixa etária.

A Tabela 11 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao participante estar aposentado.

Tabela 11 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao participante estar aposentado

Aposentadoria	f	%	% acumulado
Está aposentado	160	86,0	86,0
Não está aposentado	26	14,0	100,0
Total	186	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor
Fonte: Dados da pesquisa

Dos 186 participantes, 160 deles estão aposentados, correspondendo a 86% da amostra, e apenas 26 participantes não estão aposentados, correspondendo a 14%.

A aposentadoria foi a principal fonte de rendimento das pessoas de 60 anos ou mais de idade, em 2014, segundo o IBGE (IBGE, 2015). Também para a amostra da presente pesquisa a aposentadoria se apresenta como importante fonte de renda.

O fato de 85,5% dos idosos da amostra estarem aposentados demonstra a importância do Estado na implementação de programas que garantam a seguridade social, como a aposentadoria, por exemplo.

A Tabela 12 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao trabalho após a aposentadoria.

Tabela 12 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao participante trabalhar após a aposentadoria

Trabalho após a aposentadoria	f	%	% acumulado
Nunca deixei de Trabalhar	37	23,1	23,1
Depois da aposentadoria, cheguei a voltar a trabalhar por um tempo	7	4,4	27,5
Nunca voltei a trabalhar	116	72,5	100,0
Total	160	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Dos 160 participantes que se encontram aposentados:

- a) 37 participantes, correspondendo a 23,1% da amostra, nunca deixaram de trabalhar;
- b) 7 participantes, após a aposentadoria chegaram a voltar a trabalhar por algum tempo, correspondendo a 4,4% da amostra; e,
- c) 116 participantes nunca voltaram a trabalhar após a aposentadoria, correspondendo a 72,5% da amostra.

A amostra da presente pesquisa, como mencionado acima, foi segmentada em duas categorias: Idosos de Bem com a Velhice (IBV) e Idoso em Conflito com a Velhice (ICV).

Abaixo segue a caracterização da amostra segmentada, sempre comparando os dois grupos: ICV e IBV.

A Tabela 13 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto às categorias da segmentação da amostra.

Tabela 13 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto às categorias de segmentação da amostra

Segmentação	f	%	% acumulado
ICV	87	46,8	46,8
IBV	99	53,2	100,0
Total	186	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 13 demonstra a distribuição da amostra segmentada por categorias (IBV e ICV) pode-se notar que os critérios aplicados para a segmentação resultaram numa divisão igualitária da amostra (os IBV apresentam apenas 12 participantes a mais que os ICV), sendo que os ICV representam 46,8% e os IBV, 53,2.

A Tabela 14 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao sexo dos participantes na amostra segmentada.

Tabela 14 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao sexo dos participantes na amostra segmentada

Sexo		f	%	% acumulado
ICV	Masculino	21	24,1	24,1
	Feminino	66	75,9	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Masculino	34	34,3	34,3
	Feminino	65	65,7	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Embora possamos entender que, também quanto à distribuição por sexo, a amostra encontra-se equilibrada, pode-se notar que entre os IBV a porcentagem de participantes do sexo masculino é maior quando comparada aos ICV.

Aparentemente, a diferença na distribuição por sexo na amostra não parece significativa, embora seja interessante o fato de se observar uma tendência maior para o sexo feminino entre os ICV e maior para o sexo masculino entre os IBV.

A Tabela 15 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) dos participantes por faixas etárias na amostra segmentada.

Tabela 15 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) dos participantes por faixas etárias na amostra segmentada

	Faixas Etárias	f	%	% acumulado
ICV	De 70 a 74 anos	28	32,2	32,2
	De 75 a 79 anos	32	36,8	69,0
	De 80 a 84 anos	16	18,4	87,4
	De 85 a 89 anos	7	8,0	95,4
	90 anos ou mais anos	4	4,6	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	De 70 a 74 anos	52	52,5	52,5
	De 75 a 79 anos	23	23,2	75,8
	De 80 a 84 anos	14	14,1	89,9
	De 85 a 89 anos	5	5,1	94,9
	90 anos ou mais anos	5	5,1	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Pelos dados demonstrados na Tabela 15, percebe-se que há uma concentração maior de idosos IBV na primeira faixa de idade (de 70 a 74 anos), num percentual de 52,5%, contrastando com os 32,2% dos ICV.

No entanto, apesar desta diferença, as amostras são muito semelhantes quando se compara o percentual acumulado das duas primeiras faixas de idade: 69% para os ICV e 75,8% para os IBV.

A princípio, esta diferença de dados não aparenta ser relevante na segmentação da amostra.

A Tabela 16 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao estado civil dos participantes na amostra segmentada.

Tabela 16 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao estado civil dos participantes na amostra segmentada

	Estado Civil	f	%	% acumulado
ICV	Casado ou União Estável	37	42,5	42,5
	Solteiro	11	12,6	55,2
	Separado/Divorciado	11	12,6	67,8
	Viúvo	28	32,2	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Casado ou União Estável	41	41,4	41,4
	Solteiro	7	7,1	48,5
	Separado/Divorciado	11	11,1	59,6
	Viúvo	40	40,4	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao estado civil, percebe-se que não há diferenças importantes entre os IBV e os ICV, uma vez que apenas entre os solteiros é que se observa uma diferença percentual, mesmo assim de apenas 5,5 pontos.

A Tabela 17 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à religião dos participantes na amostra segmentada.

Tabela 17 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à religião dos participantes na amostra segmentada

	Religião	f	%	% acumulado
ICV	Católico	62	71,3	71,3
	Evangélico	14	16,1	87,4
	Espírita	6	6,9	94,3
	Outras expressões religiosas ou ateu	5	5,7	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Católico	55	55,6	55,6
	Evangélico	21	21,2	76,8
	Espírita	10	10,1	86,9
	Outras expressões religiosas ou ateu	13	13,1	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Pela Tabela 17, percebe-se que há diferença entre as amostras, sendo que, neste tema, as amostras se apresentam com distribuição diferenciada quanto aos católicos, evangélicos, espíritas e outras expressões religiosas ou ateu.

A Tabela 18 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à escolaridade dos participantes na amostra segmentada.

Tabela 18 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à escolaridade dos participantes, na amostra segmentada

	Escolaridade	f	%	% acumulado
ICV	Não Alfabetizado até Ensino Fundamental Incompleto	30	34,5	34,5
	Fundamental Completo	34	39,1	73,6
	Ensino Médio Completo	13	14,9	88,5
	Nível Superior Completo	10	11,5	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Não Alfabetizado até Ensino Fundamental Incompleto	18	18,2	18,2
	Fundamental Completo	49	49,5	67,7
	Ensino Médio Completo	19	19,2	86,9
	Nível Superior Completo	13	13,1	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Pela Tabela 18, nota-se evidente diferença entre as amostras, sendo que, quanto à escolaridade, as amostras se apresentam com distribuição diferenciada, sendo que a maior discrepância se verifica na primeira faixa de escolaridade, quando 34,5% dos ICV não conseguiram concluir o Ensino Fundamental e apenas 18,2% dos IBV estão nesta condição. A partir daí, todos os índices de escolaridade são mais favoráveis aos IBV.

A educação é um dos fatores associados ao ambiente social que pode influenciar diretamente no Envelhecimento Ativo e é entendida como fundamental para uma

boa experiência de envelhecimento, segundo a OMS (WHO 2005).

No censo demográfico de 2010, na região Sudeste (região onde foi aplicada a presente pesquisa), segundo o IBGE (IBGE, 2013), 17,1% das pessoas com 60 anos ou mais eram analfabetas.

É preciso considerar que, na presente pesquisa estão agrupados os participantes “não-alfabetizados” com aqueles que não concluíram o Ensino Fundamental. Mesmo assim, pode-se inferir que, quanto ao analfabetismo, a amostra da presente pesquisa está bem próxima daquela publicada pelo IBGE.

O alto percentual de idosos que ocupam a faixa dos analfabetos ou que não concluíram o Ensino Fundamental pode ser um dado bem explicativo de tantos idosos não relatarem o envelhecimento como satisfatório, uma vez que esta condição causará influência sobre outros aspectos importantes da vida e da experiência de envelhecer, como a renda, por exemplo, já que é bem conhecida a relação direta entre anos de escolaridade e renda em nosso país.

A Tabela 19 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto às atividades de trabalho remunerado dos participantes na amostra segmentada.

Tabela 19 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto às atividades de trabalho remunerado dos participantes, na amostra segmentada

Trabalho Remunerado		f	%	% acumulado
ICV	Sim, trabalho	15	17,2	17,2
	Não, não trabalho	72	82,8	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Sim, trabalho	28	28,3	28,3
	Não, não trabalho	71	71,7	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor
Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 19 observa-se que, entre os IBV, há mais idosos que continuam trabalhando, em comparação com os ICV e a diferença percentual é de 11,1 pontos.

Cabe salientar que, na perspectiva do Envelhecimento Ativo, segundo a OMS (WHO, 2005), o trabalho é um dos três aspectos do ambiente econômico que impactam significativamente na experiência do envelhecimento, além da renda e da proteção social.

O acesso ao trabalho é um tema importante, uma vez que nem todos os idosos têm acesso à renda que lhes possibilite sustento digno. O idoso menos favorecido que tem oportunidade de trabalhar tem a oportunidade de enfrentar os efeitos negativos da pobreza e este é um dos desafios a serem enfrentados pelo Brasil.

A presente pesquisa não investigou se os idosos que não trabalham não o fazem por escolha própria e não está incluído nesta questão o trabalho voluntário. Mas, conhecendo a realidade brasileira, podemos afirmar com convicção que, ainda que todos os idosos da amostra pretendessem trabalhar, não haveria postos de trabalho abertos para eles no mercado, uma vez que não se percebe, além da Previdência Social, uma política de geração de renda para os idosos em nosso país.

Em contraponto, o que se observa no Brasil de hoje é justamente a falência do sistema de previdência social, fato que coloca em risco toda uma geração de idosos, especialmente os menos favorecidos.

Partindo-se do fato de que a maior parte da amostra do presente trabalho foi constituída por idosos de classes menos favorecidas (especialmente Classe C), uma das questões importantes é justamente a renda. O trabalho pode ser um diferencial na qualidade de vida dos que trabalham, uma vez que, em tese, teriam mais recursos para levar a vida, estariam ocupados e possivelmente se sentindo mais úteis.

Pelos dados apresentados na Tabela 18, pode-se suspeitar que a diferença percentual de 11,1 pontos percentuais a maior entre os que trabalham no grupo dos IBV tenha sido um fator importante para relatar o envelhecimento como satisfatório. No entanto, não é possível garantir que este dado tenha significância estatística na amostra segmentada.

Também não se deve descartar a correlação entre baixa escolaridade e oportunidade de trabalho entre os ICV.

A Tabela 20 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao idoso estar recebendo recursos da Previdência Social na amostra segmentada.

Tabela 20 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao idoso estar recebendo recursos da Previdência Social, na amostra segmentada

Beneficiário		f	%	% acumulado
ICV	Sim	69	79,3	79,3
	Não	18	20,7	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Sim	91	91,9	91,9
	Não	8	8,1	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor
Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 20 também aponta um desequilíbrio entre as duas amostras. Percebe-se que apenas 8,1% dos IBV não recebem qualquer recurso da Previdência Social, contra

20,7% dos ICV (Foram considerados também nesta categoria os participantes que recebem pensão por morte do INSS).

E cabe ressaltar que todos os participantes da presente pesquisa têm idade superior a 70 anos, uma idade que se presume a conquista da aposentadoria pelo idoso.

Uma possibilidade de interpretação destes dados é o fato de que boa parte da amostra seja do sexo feminino e muitas destas participantes se encontram casadas e dependentes dos recursos de Previdência Social percebidos pelo esposo.

Mas também pode-se pensar numa cadeia de fatos que explicam este fenômeno: o idoso não teve acesso a estudo, conseqüentemente não teve acesso a trabalho e nem à possibilidade de se aposentar. Ou seja, baixa escolaridade impediu o idoso de conseguir se manter no mercado de trabalho e, por falta de recursos, deixou de contribuir com a Previdência Social, ficando impedido de alcançar o benefício da aposentadoria da Previdência Social.

A Tabela 21 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à renda pessoal do idoso na amostra segmentada.

Tabela 21 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à renda pessoal do idoso, na amostra segmentada				
	Renda Pessoal	f	%	% acumulado
ICV	Não tenho renda	2	2,3	2,3
	De um a três salários mínimos	59	67,8	70,1
	De três a seis salários mínimos	18	20,7	90,8
	De seis a dez salários mínimos	4	4,6	95,4
	Acima de dez salários mínimos	4	4,6	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Não tenho renda	1	1,0	1,0
	De um a três salários mínimos	75	75,8	76,8
	De três a seis salários mínimos	13	13,1	89,9
	De seis a dez salários mínimos	2	2,0	91,9
	Acima de dez salários mínimos	8	8,1	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 21 será discutida juntamente com a Tabela 22.

A Tabela 22 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Classificação Econômica dos participantes na amostra segmentada.

Tabela 22 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Classificação Econômica do idoso, na amostra segmentada

Classe Econômica		f	%	% acumulado
ICV	Classe A	3	3,4	3,4
	Classe B	29	33,3	36,8
	Classe C	38	43,7	80,5
	Classe D	15	17,2	97,7
	Classe E	2	2,3	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Classe A	8	8,1	8,1
	Classe B	26	26,3	34,3
	Classe C	57	57,6	91,9
	Classe D	8	8,1	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

As Tabelas 21 e 22 apontam dados interessantes a respeito da amostra segmentada.

Em primeiro lugar, deve-se notar que, quanto à renda, os idosos do grupo ICV chegam a apresentar níveis muito semelhantes aos do grupo IBV. Entre os ICV, 88,5% declararam renda entre um a seis salários mínimos e entre os IBV este percentual é quase idêntico (88,9%).

Quando se considera a distribuição por Classes Econômicas, entre os IBV há predomínio de participantes da Classe C, com poucos participantes na Classe D e nenhum na Classe E. Porém, 19,5% dos participantes ICV foram classificados nas Classes D e E, enquanto entre os IBV não há participantes na Classe E e apenas 8,1% na Classe D.

Pode-se considerar que os grupos são semelhantes no que diz respeito à renda e à classificação econômica.

Este dado é relevante, pois, para a presente pesquisa, não se pode associar claramente a renda e a classe econômica como determinantes para o relato do envelhecimento como satisfatório ou positivo.

Ou seja, economicamente, os grupos são semelhantes e não se pode apontar este tema como o decisivo para os relatos positivos ou negativos a respeito do envelhecimento.

A Tabela 23 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto aos participantes terem gerado filhos, na amostra segmentada.

Tabela 23 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao participante ter gerado filhos

Gerou filhos?		f	%	% acumulada
ICV	Sim	78	89,7	89,7
	Não	9	10,3	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Sim	94	94,9	94,9
	Não	5	5,1	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme podemos perceber na Tabela 23, quanto a terem gerado filhos, as duas amostras são semelhantes, ficando a diferença na casa dos 5,2% maior entre os IBV.

O idoso experimenta a generatividade, como proposta por Erikson, de forma um pouco diferente da que experimentou quando estava na meia idade e gerou os próprios filhos, pois, nesta fase, em geral, ele vivencia a generatividade na figura dos netos.

Por outro lado, os filhos, mesmo adultos, continuam sendo entendidos como um legado do idoso. Ou seja, o idoso, em regra, continua se realizando no êxito e nas conquistas dos filhos, ainda que eles sejam adultos.

Na presente amostra segmentada, no entanto, não parece que a generatividade tenha sido um fator determinante para o idoso relatar o envelhecimento como satisfatório, uma vez que se percebe equilíbrio neste ponto entre os IBV e os ICV.

A Tabela 24 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à prática de atividades físicas dos participantes.

Tabela 24 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à prática de atividades físicas dos participantes

Prática de Atividade Física		f	%	% acumulado
ICV	Não pratico atividades físicas	49	56,3	56,3
	Pratico atividades físicas	38	43,7	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Não pratico atividades físicas	49	49,5	49,5
	Pratico atividades físicas	50	50,5	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 24 demonstra que apenas metade da amostra dos IBV e menos da metade dos ICV praticam atividade física.

Como apresentado acima, atualmente é reconhecido o papel da atividade física como forma de promover a saúde, o bem estar e a qualidade de vida na população, sobretudo em indivíduos idosos (Gonçalves & Alchieri, 2009) e se entende que a atividade física impacta positivamente na condição cardiorrespiratória, no crescimento muscular e ósseo, e,

além disso, os benefícios do domínio motor podem promover o domínio cognitivo, ou seja, podem trazer benefícios para o cérebro e as funções cognitivas dos idosos (Lage, 2013).

Segundo Gomes & Brito (2013), as pessoas com mais de 65 anos geralmente não realizam exercícios físicos regulares suficientes para manter uma adaptação fisiológica, sendo que de 60 a 70% dos adultos mais velhos são sedentários. Neste ponto, é preciso levar-se em conta que muitos idosos são sedentários por estilo de vida e outros por causa das suas limitações físicas.

E, segundo o IBGE (2015), a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, apenas 13,6% dos idosos praticam o nível recomendado de atividade física.

Em comparação com os dados do IBGE e dos outros levantamentos acima, tanto os ICV quanto os IBV apresentam maiores índices de atividade física. E não se observa diferença entre os dois grupos quanto à prática da atividade física.

A Tabela 25 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à prática de atividades de lazer dos participantes.

Tabela 25 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à prática de atividades de lazer dos participantes

Prática de atividades de lazer		f	%	% acumulado
ICV	Não pratico atividades de lazer	64	73,6	73,6
	Pratico atividades de lazer	23	26,4	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Não pratico atividades de lazer	50	50,5	50,5
	Pratico atividades de lazer	49	49,5	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 25 demonstra que 49,5% da amostra dos IBV e apenas 26,4% dos ICV praticam atividade de lazer.

O lazer é uma importante necessidade humana, especialmente para os idosos, pois pode se experimentar a integração social por meio de atividades prazerosas, e estas atividades culminam na promoção da saúde (Junior, 2009b).

Neste ponto, observamos que há um índice bem mais alto de atividades de lazer entre os IBV em relação aos ICV. Este dado pode ser importante na compreensão da velhice como uma fase interessante e satisfatória.

As atividades de lazer, como mencionado acima, além do seu valor em si, promovem oportunidades de relacionamento e integração social, agregando à vivência do idoso maiores oportunidades de descontração e entretenimento.

A prática de atividades de lazer em maior frequência pode ser, na presente amostra, identificada como distintiva dos IBV em relação aos ICV.

A Tabela 26 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Satisfação de Vida dos participantes.

Tabela 26 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Satisfação de Vida dos participantes

		f	%	% acumulado
ICV	Extremamente Insatisfeito	4	4,6	4,6
	Insatisfeito	3	3,4	8,0
	Ligeiramente Insatisfeito	7	8,0	16,1
	Nem satisfeito nem insatisfeito	5	5,7	21,8
	Ligeiramente satisfeito	16	18,4	40,2
	Satisfeito	21	24,1	64,4
	Extremamente Satisfeito	31	35,6	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Extremamente Insatisfeito	1	1,0	1,0
	Ligeiramente Insatisfeito	2	2,0	3,0
	Nem satisfeito nem insatisfeito	2	2,0	5,1
	Ligeiramente satisfeito	10	10,1	15,2
	Satisfeito	32	32,3	47,5
	Extremamente Satisfeito	52	52,5	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Quando se trata de Satisfação de Vida, os IBV apresentam índices muito mais elevados que os ICV. É interessante que também há um percentual significativo de ICV que relatam estar extramamente satisfeitos com a vida (35%).

Pela Tabela 26, podemos perceber que na soma das categorias “Extremamente insatisfeito” e “Insatisfeito”, entre os ICV o percentual é de 8,0%, enquanto entre os ICV este percentual é de apenas 3,0%.

Mas a diferença mais significativa está nas somas das categorias “Satisfeito” e “Extremamente Satisfeito”: entre os ICV o percentual é de 59,7% e entre os IBV, 84,8%.

A Tabela 27 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Satisfação de Vida dos participantes, com a amostra dividida entre “Satisfeitos” e “Insatisfeitos”.

Tabela 27 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Satisfação de Vida dos participantes, com a amostra dividida entre “Satisfeitos” e “Insatisfeitos”

		f	%	% acumulado
ICV	Insatisfeito	19	21,8	21,8
	Satisfeito	68	78,2	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Insatisfeito	5	5,1	5,1
	Satisfeito	94	94,9	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Ao separarmos a amostra em dois grupos (Satisfeitos e Insatisfeitos)⁹, podemos perceber que apenas 5,1% dos IBV se declaram insatisfeitos, contra 21,8% dos ICV.

Ao aplicarmos o teste *T-Student*, verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias em favor dos IBV frente aos ICV quanto à Satisfação de Vida, como demonstra a Tabela 28.

A Tabela 28 compara as médias da Satisfação de Vida dos participantes, com a amostra dividida entre “Satisfeitos” e “Insatisfeitos”.

Tabela 28 – Comparação das médias da Satisfação de Vida dos participantes, com a amostra dividida entre “Satisfeitos” e “Insatisfeitos”

	Média	Sig
ICV	26,4253	0,0000
IBV	29,7071	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Assim, pode-se afirmar que uma das características distintivas dos IBV é o alto grau de Satisfação de Vida.

A satisfação com a vida pode ser entendida como o nível de entusiasmo e prazer (ou o descontentamento e sofrimento) que uma pessoa percebe na sua vida, a partir do seu julgamento do que vem a ser satisfatório ou insatisfatório, desprazeroso (Hutz et al., 2014) ou como sendo uma sensação de contentamento e paz que vem de todas as lacunas entre desejos e necessidades (Snyder & Lopez, 2009).

⁹ Para se comparar as médias pelo teste *T-Student*, a amostra foi dividida em dois grupos: Satisfeitos e Insatisfeitos. Para isso, agruparam-se as categorias “Extremamente Insatisfeito”, “Insatisfeito” e “Ligeiramente Insatisfeito” e os escores destas categorias foram somados, formando o grupo dos “Insatisfeitos”; e as categorias “Ligeiramente Satisfeito”, “Satisfeito” e “Extremamente Satisfeito” foram agrupadas e os seus escores somados, formando o grupo dos “Satisfeitos”. Os idosos que foram categorizados como “Nem satisfeito nem insatisfeito” não foram computados.

É possível também associar o conceito de Satisfação de Vida aos conceitos de Integridade, sabedoria e gerotranscendência, de Erik Erikson.

É neste estágio que Erikson (1987) aplica o conceito de integridade, pois ele é o resultado de um desenvolvimento e amadurecimento que ocorreram durante toda a vida.

A integridade pode ser aquilo que distingue aquele que alcançou progressivo amadurecimento com a idade, que zelou pelas coisas e se adaptou aos triunfos e desapontamentos da vida.

A vida, neste ponto, vivida em integridade, assume significado especial: “a vida de cada um é de sua própria responsabilidade” (E. H. Erikson, 1987, p. 140):

A integridade do ego ocorre quando esta reavaliação é satisfatória, quando, ao olhar para trás, o idoso consegue enxergar realização e satisfação, entendendo que lidou com a vida, de um modo geral, de maneira adequada, que lidou bem com as vitórias e derrotas. Ou seja, o idoso aceita o seu lugar e o seu passado (Schultz & Schultz, 2002).

A integridade não é somente um conceito psicológico associado à velhice. Segundo Erikson, ela é o traço sintônico dominante do último estágio e como uma vivência que convive e conflita com diversos fatores próprios desta fase da vida.

Para Erikson, a integridade é um conceito mais que fundamental nesta fase da vida, no que ele considerava o último estágio. Ela será importante, acima de tudo, para determinar a maneira como o idoso enxergará o seu atual estágio. (E. H. Erikson & Erikson, 1997).

Porém, caso a conclusão da sua revisão seja negativa, insatisfatória ou marcada por um senso de frustração pelas oportunidades perdidas, arrependimentos de coisas que já não podem ser corrigidas, situações inacabadas desagradáveis, a integridade não se consolida e, no seu lugar, surge a vivência do desespero.

O desespero é o contraponto da integridade. “O desespero expressa o sentimento de que o tempo é curto, demasiado curto para a tentativa de começar uma outra vida e experimentar rumos alternativos para a integridade” (E. H. Erikson, 1987, p. 140).

Na concepção de Erikson, o ciclo da vida depende da integridade e a integridade pode contribuir com o bem estar das pessoas por todo o ciclo vital.

A experiência de vida nesta fase sem a integridade é marcada pela desesperança. A desesperança pode gerar desgosto pessoal, desdém com as outras pessoas,

além de um amargor em relação ao que poderia ter sido feito no decorrer da vida e não há mais tempo para fazer.

A integridade tem a função de promover contato com o mundo, com as coisas e, acima de tudo, com as pessoas. Ela é uma maneira tátil e tangível de viver. Dessa maneira, a integridade conclama o idoso para o contato, para o vínculo com as pessoas, pois, “sem contato a vida não é possível”.

No oitavo estágio, estágio em que se encontram todos os participantes da presente pesquisa, a força básica é a sabedoria. A sabedoria é derivada da integridade do ego e se expressa na preocupação desprendida com o todo da vida.

“Sabedoria” é uma palavra que define bem a força básica do oitavo estágio. Joan Erikson argumenta que ela e Erik Erikson lutaram para encontrar uma palavra que pudesse definir bem o estágio do desenvolvimento humano. A palavra “sabedoria” veio em substituição à palavra “esperança”.

A sabedoria pode ser associada à capacidade do idoso de oferecer ao mundo um modo extenso e diferenciado de ver as coisas da vida, galgado pela sua própria e longa experiência de vida. Sábio seria o idoso que, com sua trajetória de vida, oferece à sociedade uma “visão” sábia das coisas que estão no nosso dia a dia, sob um prisma diverso daquele imediatista proposto pela nossa sociedade marcada pela avaliação sempre açodada e apressada, além de utilitarista e superficial.

A sabedoria e a integridade estão presentes em algum grau nos que chegaram ao oitavo estágio. Quanto maior for a vivência de sabedoria e integridade, maior será o bem-estar e a capacidade do idoso de enfrentar os revezes da vida.

Erikson entende que o grande desafio do idoso é caminhar no sentido da conquista da gerotranscendência.

A gerotranscendência, para Erikson, se apresenta como um conceito que implica numa mudança de perspectiva, que faz com que o idoso que deixe de lado uma visão materialista e racional e passe a experimentar uma visão mais abrangente, mais transcendente das coisas da vida, o que garante a ele um aumento no nível de satisfação de vida. A gerotranscendência é um sinal da maturação e da sabedoria e pode ser definida como uma nova maneira de enxergar as coisas da vida, fazendo com que o idoso consiga perceber significados e sentidos que estão além do “material” e das coisas palpáveis (J. M. Erikson, 1997a).

A gerotranscendência pode ser entendida como uma percepção da vida que inclui a transcendência, ou seja, erguer-se acima, ir além dos limites costumeiros, exceder, superar, desprender-se dos limites comumente estabelecidos, ir além do universo ou do tempo (J. M. Erikson, 1997a)

Para Joan Erikson, o idoso gerotranscendente vivencia um “sentimento de comunhão cósmico com o espírito do universo” e isso não necessariamente precisa se apresentar como uma experiência religiosa nos moldes tradicionais. Mas é certo que a gerotranscendência insere um aspecto “sagrado” ou “sacramental” às coisas da vida, no sentido que as religiões atribuem a estes termos.

E quando Joan Erikson afirma que “existe um novo sentimento de comunhão cósmico com o espírito do universo” e que “o senso de self da pessoa se amplia para incluir uma variedade mais ampla de outros inter-relacionamentos”, ela trata de uma modificação na maneira como o idoso se percebe e administra seu mundo interno.

Assim, a gerotranscendência é uma experiência de ressignificação da vida.

A experiência da gerotranscendência, segundo Joan Erikson, é mais comumente alcançada no nono estágio, que ocorre a partir dos 80 anos, mas ela vem sendo desenvolvida ao longo da vida e, particularmente, a partir dos 60 anos.

Os idosos que conseguem caminhar no sentido da conquista da gerotranscendência são aqueles que chegaram a “um acordo com os elementos distônicos em suas experiências de vida” (J. M. Erikson, 1997b, p. 95).

Assim, a integridade, a sabedoria e, por fim, a gerotranscendência são vivências que interferem positivamente na vida do idoso e podem propiciar a ele uma percepção mais positiva das coisas, dos relacionamentos e da vida.

Uma percepção satisfatória da vida por parte dos idosos certamente está diretamente associada a estes conceitos.

Dessa forma, podemos afirmar que os IBV apresentam, além de maiores índices de Satisfação de Vida, maior integridade, sabedoria e gerotranscendência.

A Tabela 29 apresenta a distribuição em termos de média quanto à Religiosidade dos participantes, a partir da Escala de Religiosidade de DUKE – DUREL.

Tabela 29 – Comparação das médias quanto à Religiosidade dos participantes, a partir da Escala de Religiosidade de DUKE – DUREL

		N	Média	Desvio Padrão	p-valor
ICV	Dimensão da Religiosidade Organizacional (RO)	87	2,8506	1,53660	RO = 0,5220 RNO = 0,4307
	Dimensão da Religiosidade Não-Organizacional (RNO)	87	2,5862	1,61786	
	Dimensão da Religiosidade Intrínseca (RI)	87	4,8851	2,79711	
IBV	Dimensão da Religiosidade Organizacional (RO)	99	2,8687	1,63287	RI = 0,7491
	Dimensão da Religiosidade Não-Organizacional (RO)	99	2,4646	1,55388	
	Dimensão da Religiosidade Intrínseca (RO)	99	4,5556	2,85436	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Como observado na Tabela 29, aplicando-se o teste *t-student*, não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre as médias em nenhuma das categorias. Assim, quanto à religiosidade, os IBV e os ICV se mostraram estatisticamente semelhantes.

Para se avaliar a religiosidade dos participantes, o autor aplicou a Escala de Religiosidade de DUKE – DUREL, que classifica a religiosidade em três categorias: Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não-Organizacional e Religiosidade Intrínseca.

Os IBV apresentaram média maior apenas na categoria “Religiosidade Organizacional” e nas outras duas categorias as médias dos ICV foram superiores às dos IBV. A Religiosidade Organizacional é associada à frequência a encontros religiosos, como cultos, missas, cerimônias, grupos de oração, etc. Possivelmente, o benefício da Religiosidade Organizacional esteja associado às questões de relacionamento interpessoal e apoio social. Ao conviver nas instituições religiosas, o idoso desfruta da possibilidade de estabelecer relações interpessoais com pessoas da sua idade e de outras faixas etárias, o que pode ser importante em qualquer etapa da vida, especialmente na velhice, quando se observa índices altos de isolamento e solidão.

Pode-se considerar que o aspecto relacional, de convívio, que a prática religiosa propõe seja o mais valorizado pelos IBV. Os ICV, no entanto, experimentam mais a religiosidade fora das instituições religiosas, mas não deixam de valorizar a religiosidade intrínseca. A religiosidade também é importante para os ICV, de maneira diferente do que ocorre com os IBV.

A religiosidade dos participantes, nas três categorias (Religiosidade Organizacional, Não-Organizacional e Intrínseca) apresentaram índices baixos.

A medição da religiosidade dos participantes foi incluída na pesquisa porque ela poderia ser apontada como uma expressão da gerotranscendência dos participantes. Embora a gerotranscendência não se limite ao envolvimento com alguma religião ou experiência

religiosa, a religiosidade também poderia ser entendida como uma expressão de gerotranscendência.

Além disso, é sabido que há forte relação entre espiritualidade e qualidade de vida ou espiritualidade e saúde (M. P. A. Fleck et al., 2003; Moreira-Almeida et al., 2006; Moreira-Almeida et al., 2008; Taunay et al., 2012), e por ser entendida como uma excelente estratégia para atribuir sentido à vida das pessoas (Socci, 2010).

Ademais, muitos estudos atualmente estão buscando entender o papel da religiosidade nos idosos (Silva et al., (2012).

No entanto, na presente pesquisa, não se pode utilizar a religiosidade dos participantes para distingui-los entre ICV e IBV.

A Tabela 30 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Qualidade de Vida (Escores Totais) dos participantes, aferida pelo WHOQOL-OLD.

Tabela 30 – Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Qualidade de Vida dos participantes – Escores Totais, aferida pelo WHOQOL-OLD

		f	%	% acumulado
ICV	Qualidade de Vida Ruim	9	10,3	10,3
	Qualidade de Vida Regular	55	63,2	73,6
	Qualidade de Vida Boa	23	26,4	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Qualidade de Vida Ruim	2	2,0	2,0
	Qualidade de Vida Regular	54	54,5	56,6
	Qualidade de Vida Boa	43	43,4	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

O tema da Qualidade de Vida se tornou muito relevante nos últimos tempos e muitas pesquisas estão sendo realizadas atualmente para se aferir a Qualidade de Vida de idosos (Alencar et al., 2010; Floriano & Dalgarrondo, 2007; Gutierrez et al., 2011).

Como se pode observar na Tabela 30, os IBV apresentam índices bem superiores de Qualidade de Vida, quando comparados aos ICV: na categoria Qualidade de Vida Boa, encontramos 43,4% dos IBV contra apenas 23% dos ICV e na categoria Qualidade de Vida Ruim, os IBV apresentam apenas 2% dos participantes, contra 10,3% dos ICV.

Para avaliar a Qualidade de Vida dos participantes foi utilizado o WHOQOL-OLD, que contém 26 questões e que foi elaborado especialmente para se fazer a avaliação da qualidade de vida de idosos.

Para o WHOQOL-OLD, quanto maior a média alcançada pelo indivíduo na aplicação do instrumento, maior a sua qualidade de vida. Assim, os idosos que alcançaram

média de até 2,9 pontos, são os que apresentam Qualidade de Vida Ruim, os que ficaram com médias entre 3 e 3,9 pontos são classificados com Qualidade de Vida Regular, e, os que tiveram média entre 4 e 4,9, Qualidade de Vida Boa. Qualidade de Vida Muito Boa é a classificação dos idosos que alcançam a média de 5 pontos, mas não foi o caso de nenhum dos participantes da presente pesquisa.

Pode-se observar na Tabela 30 que apenas 2% dos IBV apresentam Qualidade de Vida ruim, contra 10,3% dos ICV. E, enquanto apenas 26,4% dos ICV apresentam qualidade de vida boa, entre os IBV esta média é de 43,4%.

É importante ressaltar que a OMS definiu qualidade de vida como “*a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da sua cultura e nos sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações*” - grifo nosso (M. P. A. Fleck, 2008b, p. 25).

Fleck (2008b), discutindo o desafio de se avaliar Qualidade de Vida, afirma que, por ser um conceito subjetivo, só pode ser descrita pelo próprio indivíduo e por isso o autorrelato é o método eleito para se construir os instrumentos que constituem o WHOQOL.

Sendo a Qualidade de Vida um construto subjetivo, é possível pensar que idosos que tenham uma percepção mais positiva da vida tendam a apresentar índices maiores de qualidade de vida quando utilizados instrumentos que envolvam o autorrelato.

Aplicando-se o teste *t-student*, verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos ao nível de 5%, como demonstrado na Tabela 31.

A Tabela 31 compara as médias da Qualidade de Vida dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD.

Tabela 31 – Comparação das médias da Qualidade de Vida dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD		
	Média	Sig
ICV	3,6121	0,0309
IBV	3,8683	

Tabela Elaborada pelo Autor
Fonte: Dados da pesquisa

Como aponta a Tabela 31, quanto à Qualidade de Vida, os IBV apresentam médias superiores e estatisticamente significantes em relação aos ICV.

O WHOQOL-OLD investiga a Qualidade de Vida por seis facetas diferentes:

- 1) Funcionamento dos Sentidos; 2) Autonomia; 3) Atividades Passadas, Presentes e Futuras;
- 4) Participação Social; 5) Morte e Morrer; e, 6) Intimidade.

A Tabela 32 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Funcionamento dos Sentidos”, aferida pelo WHOQOL-OLD.

Tabela 32 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Funcionamento dos Sentidos”, aferida pelo WHOQOL-OLD

		f	%	% acumulativa
ICV	Qualidade de Vida Ruim	18	20,7	20,7
	Qualidade de Vida Regular	26	29,9	50,6
	Qualidade de Vida Boa	36	41,4	92,0
	Qualidade de Vida Muito Boa	7	8,0	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Qualidade de Vida Ruim	11	11,1	11,1
	Qualidade de Vida Regular	26	26,3	37,4
	Qualidade de Vida Boa	51	51,5	88,9
	Qualidade de Vida Muito Boa	11	11,1	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

No que diz respeito ao Funcionamento dos Sentidos, a Tabela 32 deixa claro que os ICV apresentam médias bem inferiores que os IBV. Entre os IBV 62,6% apresentam Qualidade de Vida Boa ou Muito Boa, enquanto entre os ICV esta média cai para apenas 49,4%.

Além disso, apenas 11,1% dos IBV apresentam Qualidade de Vida Ruim, contra 20,7% dos ICV.

Esta faceta do WHOQOL-OLD investiga o quanto a perda do funcionamento dos sentidos impacta na Qualidade de Vida dos idosos.

Embora seja esperada a perda de habilidades sensoriais nos idosos, ela também pode estar relacionada ao acesso aos Serviços de Saúde. Tendo em vista que a maioria absoluta da amostra da presente pesquisa está classificada nas Classes C e D, estes idosos dependem muito dos serviços de saúde pública e a dificuldade de acesso a estes serviços pode ser um fator que acentue a perda das habilidades sensoriais.

Na presente amostra, fica evidente que os ICV apresentam maiores perdas no que diz respeito às habilidades sensoriais e isso, certamente, afetará a sua Autonomia, tema da próxima faceta do WHOQOL-OLD.

Porém, ao aplicarmos o teste *t-student*, não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos ao nível de 5% quanto à Faceta “Funcionamento dos Sentidos”, como pode ser observado na Tabela 33.

A Tabela 33 compara as médias da Faceta “Funcionamento dos Sentidos” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD:

Tabela 33 – Comparação das médias da Faceta “Funcionamento dos Sentidos” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD

	Média	Sig
ICV	3,7155	0,3559
IBV	3,9975	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 34 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Autonomia”, aferida pelo WHOQOL-OLD.

Tabela 34 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Autonomia”, aferida pelo WHOQOL-OLD

		f	%	% acumulado
ICV	Qualidade de Vida Ruim	19	21,8	21,8
	Qualidade de Vida Regular	39	44,8	66,7
	Qualidade de Vida Boa	24	27,6	94,3
	Qualidade de Vida Muito Boa	5	5,7	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Qualidade de Vida Ruim	14	14,1	14,1
	Qualidade de Vida Regular	41	41,4	55,6
	Qualidade de Vida Boa	36	36,4	91,9
	Qualidade de Vida Muito Boa	8	8,1	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 34 aponta as frequências da Faceta “Autonomia” e é possível perceber que também nesta faceta os IBV são superiores aos ICV.

Pode-se observar que 44,5% dos IBV apresentam a Autonomia como “Qualidade de Vida Boa” ou “Muito Boa”, enquanto apenas 33,3% dos ICV se classificam nestas categorias.

Porém, apesar da superioridade dos IBV frente aos ICV na Faceta “Autonomia”, ao aplicarmos o teste *t-student*, não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos ao nível de 5%, como pode ser observado na Tabela 35.

A Tabela 35 compara as médias da Faceta “Autonomia” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD.

Tabela 35 – Comparação das médias da Faceta “Autonomia” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD.

	Média	Sig
ICV	3,4511	0,1979
IBV	3,7172	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Esta faceta do WHOQOL-OLD investiga o nível de independência do Idoso e o quanto ele é capaz e livre para viver de modo autônomo e de tomar as próprias decisões.

Segundo Joan Erikson (1997b), idosos voltam a questionar sua independência e sua autonomia, experimentando a mesma dúvida que as crianças podem experimentar quanto às suas capacidades e potencialidades, especialmente quando têm entre 80 e 90 anos e alcançam o nono estágio.

Na presente amostra, foram escolhidos idosos com mais de 70 anos e já começam a apresentar dificuldade no funcionamento dos sentidos e perda de autonomia.

A perda dos sentidos e, conseqüentemente, da autonomia, implementa no idoso uma nova vivência de vergonha e a dúvida, que são elementos naturalmente distônicos.

A vergonha e a dúvida chegam agora com muita força na vida do idoso e com uma configuração muito diferente e abrangente do que se apresentou nos primeiros anos de vida. O idoso possivelmente já havia superado a a vergonha e a dúvida, e agora volta a experimentá-los como sentimentos desorganizadores e perturbadores.

Discutindo a respeito da perda da autonomia, Joan Erikson afirma que o idoso passa a resgatar a experiência da dúvida, como aconteceu na infância, por causa da perda da autonomia:

Parte desta dúvida retorna para os anciãos quando eles deixam de confiar na sua autonomia em relação aos seus corpos e escolhas da vida. A vontade enfraquece, embora possa ser mantida sob controle o suficiente para proporcionar certa segurança e evitar a vergonha da perda do autocontrole. Nós desejamos aquilo que é seguro e bom, e nada é inteiramente seguro, com certeza.

Autonomia. Pensem em como é, em como sempre foi, querer todas as coisas da nossa maneira. Eu desconfio que este impulso continua até o nosso último suspiro. Quando éramos jovens, todas as pessoas mais velhas eram mais fortes e mais poderosas; agora os poderosos são os mais jovens do que nós. Quando somos determinados e obstinados em relação a arranjos feitos para nós e a nosso respeito, todos os elementos mais poderosos – médicos, advogados e nossos próprios filhos adultos – acabam participando. Eles bem podem estar certos, mas isso talvez desperte a nossa rebeldia. A vergonha e a dúvida desafiam a preciosa autonomia (J. M. Erikson, 1997b, p. 91).

Pode-se afirmar, no entanto, que a perda da autonomia, nesta fase da vida, se apresenta como um elemento distônico, pois tem o poder de desorganizar e desestabilizar o desenvolvimento crescente e progressivo que o idoso teve até este momento.

A perda da autonomia, juntamente com a experiência de vergonha e dúvida, afetam diretamente a sua vontade. Neste estágio, o idoso passa a vivenciar um abalo no que diz respeito à sua capacidade de viver e fazer unicamente a sua vontade, uma vez que, tendo perdido a autonomia, se submete às vontades e desejos das pessoas que estão à sua volta.

A Tabela 36 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Atividades passadas, presentes e futuras”, aferida pelo WHOQOL-OLD.

Tabela 36 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Atividades passadas, presentes e futuras”, aferida pelo WHOQOL-OLD

		f	%	% acumulado
ICV	Qualidade de Vida Ruim	11	12,6	12,6
	Qualidade de Vida Regular	42	48,3	60,9
	Qualidade de Vida Boa	32	36,8	97,7
	Qualidade de Vida Muito Boa	2	2,3	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Qualidade de Vida Ruim	5	5,1	5,1
	Qualidade de Vida Regular	35	35,4	40,4
	Qualidade de Vida Boa	51	51,5	91,9
	Qualidade de Vida Muito Boa	8	8,1	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor
Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 36 aponta as frequências da Faceta “Atividades passadas, presentes e futuras” e é possível perceber que também nesta faceta os IBV apresentam índices superiores aos ICV.

O que mais se destaca é o fato de que 59,6% dos IBV estão classificados na categoria “Qualidade de Vida Boa” ou “Muito Boa” em comparação aos 39,1% dos ICV que se classificam nestas mesmas categorias.

Na Faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”, mais uma vez os IBV apresentaram médias muito superiores que os ICV. No entanto, ao aplicarmos o teste *t-student*, não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos, mas o nível de significância ficou bem próximo dos 5%, como pode ser observado na Tabela 37.

A Tabela 37 compara as médias da Faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”, aferidas pelo WHOQOL-OLD.

Tabela 37 – Comparação das médias da Faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD.

	Média	Sig
ICV	3,6264	0,0620
IBV	3,9621	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Esta faceta do WHOQOL-OLD mede a satisfação com realizações na vida diária, especialmente na comunidade. Ela discute o quanto o idoso se sente realizado pelo que ele fez no passado, com o que faz no presente e com as suas perspectivas no futuro.

O último estágio de desenvolvimento de Erik Erikson é descrito por ele como o desfecho do desenvolvimento psicossocial e o momento em que o indivíduo se depara com uma opção entre a integridade do ego e o desespero, e a opção pela integridade ou pelo desespero se dá pela forma como se avalia a vida como um todo.

Erikson utiliza a palavra “integridade” para definir o resultado positivo de um desenvolvimento que se deu por toda a vida e se conclui na velhice.

Erikson entende que esta integridade é que garante a percepção da vida com algo que apresenta ordem e significado, além de promover a aceitação por parte da pessoa do seu ciclo vital e daqueles que se tornaram significantes para ela, entendendo que assim tinha de ser, ou seja, é a percepção de que “a vida de cada um é de sua própria responsabilidade” (E. H. Erikson, 1987, p. 140).

Nesta fase da vida, os maiores sonhos, planos ou esforços já estão concluídos ou perto de o serem. Assim, é natural que a pessoa agora faça uma revisão da sua vida, rememorando o passado, as realizações e as dificuldades e frustrações, culminando numa espécie de revisão final da vida e se pergunte: vivi a vida plenamente?

A experiência da integridade ocorre quando esta reavaliação é satisfatória, quando, ao olhar para trás, o idoso consegue enxergar realização e satisfação, entendendo que lidou com a vida, de um modo geral, de maneira adequada e que faz um balanço positivo das suas vitórias e derrotas. Ou seja, o idoso aceita o seu lugar agora e o seu passado (Schultz & Schultz, 2002).

A integridade não é somente um conceito psicológico associado à velhice. Erikson a define como o traço sintônico dominante do último estágio e como uma vivência que convive e conflita com diversos fatores próprios desta fase da vida.

Para Erikson, a integridade é um conceito mais que fundamental nesta fase. Ela será importante, acima de tudo, para determinar a maneira como o idoso enxergará o seu atual estágio, a sua atual condição.

Se a conclusão da sua revisão for negativa, insatisfatória ou marcada por um senso de frustração pelas oportunidades perdidas, arrependimentos de coisas que já não podem ser corrigidas, situações inacabadas desagradáveis, a integridade não se consolida e, no seu lugar, surge a vivência do desespero.

O desespero é o contraponto da integridade. “O desespero expressa o sentimento de que o tempo é curto, demasiado curto para a tentativa de começar uma outra vida e experimentar rumos alternativos para a integridade” (E. H. Erikson, 1987, p. 140).

Na concepção de Erikson, o ciclo da vida depende da integridade e a integridade pode contribuir com o bem estar das pessoas por todo o ciclo vital.

Nesta fase, experiência de vida sem a integridade é marcada pelo desespero, pela desesperança. A vivência do desespero pode gerar desgosto pessoal, desdém com as outras pessoas, além de um amargor em relação ao que poderia ter sido feito no decorrer da vida e não há mais tempo para fazer. O desespero expressa o sentimento de que o tempo é curto, demasiado curto para a tentativa de resgatar a integridade.

Sabedoria também é uma palavra que Erikson utiliza para descrever esta fase da vida. A sabedoria pode ser associada à capacidade do idoso de oferecer ao mundo um modo extenso e diferenciado de ver as coisas da vida, potencializada pela sua longa experiência de vida.

Dessa forma, analisando a faceta “Atividades passadas, presentes e futuras” juntamente com os conceitos que Erik Erikson apresenta para esta fase da vida, podemos perceber que os IBV apresentam maiores níveis de integridade na sua experiência de envelhecimento e isso pode estar diretamente relacionado ao fato de relatarem o envelhecimento como satisfatório.

A Tabela 38 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Participação Social”, aferida pelo WHOQOL-OLD.

Tabela 38 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Participação Social”, aferida pelo WHOQOL-OLD

		f	%	% acumulado
ICV	Qualidade de Vida Ruim	21	24,1	24,1
	Qualidade de Vida Regular	37	42,5	66,7
	Qualidade de Vida Boa	28	32,2	98,9
	Qualidade de Vida Muito Boa	1	1,1	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Qualidade de Vida Ruim	13	13,1	13,1
	Qualidade de Vida Regular	41	41,4	54,5
	Qualidade de Vida Boa	38	38,4	92,9
	Qualidade de Vida Muito Boa	7	7,1	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 38 aponta as frequências da Faceta “Participação Social” e se observa superioridade dos IBV sobre os ICV nesta faceta.

Há uma concentração bem maior de ICV na categoria “Qualidade de Vida Ruim” (24,1%) quando se compara aos IBV (13,1%) e bem menor nas categorias “Qualidade de Vida Boa” ou “Muito Boa” (ICV = 33,3% contra IBV = 45,5%).

Também na Faceta “Participação Social”, estatisticamente, os grupos são semelhantes. Os IBV apresentaram médias superiores que os ICV. No entanto, ao aplicarmos o teste *t-student*, não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos ao nível de 5%, como pode ser observado na Tabela 39.

A Tabela 39 compara as médias da Faceta “Participação Social” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD.

Tabela 39 – Comparação das médias da Faceta “Participação Social” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD.

	Média	Sig
ICV	3,5201	0,7914
IBV	3,8030	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Esta faceta do WHOQOL-OLD mede a participação do idoso em atividades da vida diária, especialmente na comunidade onde está inserido.

Participação social é um elemento amplamente discutido no conceito de Envelhecimento Ativo da OMS. Envelhecer com qualidade também significa estar ligado às pessoas e à sociedade.

A participação do idoso na comunidade passa pelo conceito de apoio social. Quanto maior seu apoio social e maior a sua rede de relacionamentos, maior será a sua

participação social. O idoso precisa estar amparado pelas “redes microsociais”, pois elas funcionam com um elo das relações informais oriundas dos vínculos de parentesco, vizinhança e comunidade e são indispensáveis para a vida do idoso (Domingues, 2013).

A participação social é um dos fatores que previne a vivência do isolamento do idoso. O isolamento está entre os elementos que mais oferecem riscos à saúde dos idosos (Fontaine, 2010).

Há muitas evidências em estudos epidemiológicos de que pessoas envolvidas socialmente teriam menor risco para problemas cognitivos (H. S. Silva & Yassuda, 2013).

A Tabela 40 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Morte e Morrer”, aferida pelo WHOQOL-OLD.

Tabela 40 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Morte e Morrer”, aferida pelo WHOQOL-OLD

		f	%	% acumulado
ICV	Qualidade de Vida Ruim	19	21,8	21,8
	Qualidade de Vida Regular	26	29,9	51,7
	Qualidade de Vida Boa	30	34,5	86,2
	Qualidade de Vida Muito Boa	12	13,8	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Qualidade de Vida Ruim	11	11,1	11,1
	Qualidade de Vida Regular	24	24,2	35,4
	Qualidade de Vida Boa	47	47,5	82,8
	Qualidade de Vida Muito Boa	17	17,2	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor
Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 40 aponta as frequências da Faceta “Morte e Morrer” e mede as preocupações e medos do idoso acerca da morte e do morrer.

Também nesta faceta os IBV apresentam médias superiores quanto aos ICV. Aplicando-se o teste *t-student*, verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos ao nível de 5%, como pode ser observado na Tabela 41.

A Tabela 41 compara as médias da Faceta “Morte e Morrer” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD.

Tabela 41 – Comparação das médias da Faceta “Morte e Morrer” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD.

	Média	Sig
ICV	3,6121	0,0064
IBV	4,0253	

Tabela Elaborada pelo Autor
Fonte: Dados da pesquisa

O conceito de “integridade”, proposto por Erik Erikson, novamente pode ser retomado, pois a integridade possibilita ao idoso uma compreensão positiva do significado das coisas e da vida e a aceitação do seu ciclo vital.

A integridade será importante, acima de tudo, para determinar a maneira como o idoso enxergará o seu atual estágio e, neste caso, a morte assume um significado próprio. Caso o idoso tenha conseguido chegar a esta fase experimentando a integridade, a morte perde o seu caráter pungente. No entanto, no caso de vivenciar o desespero, a desesperança, o sentido da morte assume um caráter ameaçador.

O conceito da “gerotranscendência” assume um significado especial quanto à maneira como o idoso enfrenta a morte, pois aqueles que alcançam a vivência da gerotranscendência experimentam uma mudança de perspectiva que permite sair de uma visão materialista e racional para uma visão mais abrangente, mais transcendente, que garante ao idoso um aumento no nível de satisfação de vida e, conseqüentemente, garantir uma boa forma de enfrentar a morte.

Para Joan Erikson, a experiência do idoso gerotranscendente transforma a morte num elemento sintônico e não distônico como se apresentava nas fases anteriores do desenvolvimento (J. M. Erikson, 1997a).

Joan Erikson afirma que *“existe um novo sentimento de comunhão cósmico com o espírito do universo”* e que *“o senso de self da pessoa se amplia para incluir uma variedade mais ampla de outros inter-relacionamentos”* (J. M. Erikson, 1997^a, p. 104). Ao afirmar isso, Joan Erikson descreve uma modificação na maneira como o idoso se percebe e administra seu mundo interno, o que propicia um modo mais tranquilo e adequado de enfrentar a morte, pois sua experiência passa a ser marcada pela ressignificação dos conceitos de tempo, espaço, relações interpessoais e com o universo.

Por isso, na gerotranscendência, até mesmo a morte assume um novo significado, menos ameaçador, marcado pela aceitação.

A Tabela 42 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Intimidade”, aferida pelo WHOQOL-OLD.

Tabela 42 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à Faceta “Intimidade”, aferida pelo WHOQOL-OLD

		f	%	% acumulado
ICV	Qualidade de Vida Ruim	14	16,1	16,1
	Qualidade de Vida Regular	32	36,8	52,9
	Qualidade de Vida Boa	28	32,2	85,1
	Qualidade de Vida Muito Boa	13	14,9	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Qualidade de Vida Ruim	18	18,2	18,2
	Qualidade de Vida Regular	23	23,2	41,4
	Qualidade de Vida Boa	45	45,5	86,9
	Qualidade de Vida Muito Boa	13	13,1	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 42 aponta as frequências da Faceta “Intimidade” e mede o quanto o idoso é capaz de manter relacionamentos íntimos e pessoais significativos.

Pode-se observar que, nesta faceta, **os IBV não apresentam percentuais superiores aos ICV**. Na soma das categorias “Qualidade de Vida Boa” ou “Muito Boa”, os IBV apresentam percentuais mais elevados que os ICV, porém, também apresentam percentuais maiores na categoria “Qualidade de Vida Ruim”. Esta é a única faceta que os IBV apresentam níveis de frequência que se traduzem por qualidade de vida inferior aos ICV em uma das categorias.

Ao aplicar-se o teste *T-Student*, não se verificou diferenças estatisticamente significantes entre as médias dos dois grupos ao nível de 5%, como pode ser observado na Tabela 43, salientando-se que na Faceta “Intimidade” os ICV apresentam médias superiores aos IBV.

A Tabela 43 compara as médias da Faceta “Intimidade” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD.

Tabela 43– Comparação das médias da Faceta “Intimidade” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-OLD.

	Média	Sig
ICV	3,7471	0,0603
IBV	3,7045	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Erik Erikson argumenta que, a partir do seu sexto estágio (“INTIMIDADE *versus* ISOLAMENTO”), os relacionamentos íntimos ocupam um lugar central no desenvolvimento humano e serão fundamentais por toda a vida, além de que o isolamento ou

o distanciamento da intimidade facilmente pode se converter numa força negativa para o indivíduo:

A contrapartida da intimidade é o distanciamento: a facilidade em repudiar, isolar e, se necessário, destruir aquelas forças pessoais cuja essência parece perigosa para o indivíduo. Assim, a consequência duradoura da necessidade de distanciamento é a presteza em fortificar o território próprio de intimidade e solidariedade e em ver todos os estranhos com uma fanática “supervalorização das pequenas diferenças” entre o familiar e o desconhecido (E. H. Erikson, 1987, p. 136).

O reverso da intimidade é o distanciamento: a tendência a isolar e, se necessário, a destruir aquelas forças e pessoas cuja essência parece perigosa para a própria, e cujo “território” parece invadir o âmbito das próprias relações íntimas (E. H. Erikson, 1976, p. 243).

Para Erikson, a experiência da intimidade se dá de várias formas no decorrer da vida, mas a forma mais intensa de experimentar a intimidade é a formação da família e generatividade observada nos filhos. Esta intimidade é o antídoto do isolamento.

O padrão de intimidade estabelecido ao longo da vida garante à pessoa a qualidade de relações interpessoais e uma rede mais ou menos ampla de contatos e ligações pessoais. Assim, após a juventude, as pessoas vão se interrelacionando e criando uma rede de ligações pessoais que são importantíssimas durante toda a vida, contribuindo significativamente com a maneira como ela vai enfrentar as crises próprias da existência, se sozinha ou acompanhada de outras pessoas.

Erik Erikson entende que o desenvolvimento exitoso inclui transformar os indivíduos em pessoas com a capacidade de amar, em pessoas amorosas, que sabem dar e receber amor, viver em intimidade.

O idoso precisa encontrar energia e disposição para conseguir se ligar, se conectar a outras pessoas. Viver com intimidade de qualidade com as pessoas que estão ao seu redor é a única forma do idoso fugir do sentimento de isolamento.

O WHOQOL-OLD, nesta faceta, formula as seguintes perguntas aos participantes: 1) “*Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?*”; 2) “*Até que ponto você sente amor em sua vida?*”; 3) “*Até que ponto você tem oportunidades para amar?*”; e, 4) “*Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?*”. Diante destas questões apresentadas pelo WHOQOL-OLD, é possível que o percentual maior de viúvos entre os IBV explique, pelo menos parcialmente, a média baixa no que diz respeito à Faceta “Intimidade”.

A Tabela 44 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao Domínio “Físico”, aferido pelo WHOQOL-BREF.

Tabela 44 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao Domínio “Físico”, aferido pelo WHOQOL-BREF

		F	%	% acumulado
ICV	Qualidade de Vida Ruim	20	23,0	23,0
	Qualidade de Vida Regular	44	50,6	73,6
	Qualidade de Vida Boa	22	25,3	98,9
	Qualidade de Vida Muito Boa	1	1,1	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Qualidade de Vida Ruim	9	9,1	9,1
	Qualidade de Vida Regular	41	41,4	50,5
	Qualidade de Vida Boa	46	46,5	97,0
	Qualidade de Vida Muito Boa	3	3,0	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 44 aponta as frequências do Domínio “Físico” e mede aspectos relacionados à dor e ao desconforto, à energia e à fadiga, ao sono e ao repouso, à mobilidade, às atividades da vida cotidiana, à dependência de medicação e à capacidade do trabalho dos idosos.

Observa-se um desequilíbrio acentuado das frequências quando comparados os ICV e os IBV, uma vez que 87,9% dos IBV apresentam “Qualidade de Vida Boa” ou “Muito Boa” e entre os ICV o percentual é de apenas 26,4%.

Porém, neste domínio, ao aplicar-se o teste *T-Student*, ao aplicarmos o teste *t-student*, não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos ao nível de 5%, como pode ser observado na Tabela 45.

A Tabela 45 compara as médias do Domínio “Físico” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-BREF.

Tabela 45 – Comparação das médias do Domínio “Físico” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-BREF.

	Média	Sig
ICV	3,5107	0,3524
IBV	3,8052	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Erik e Joan Erikson entendem que o declínio físico é uma das características próprias do envelhecimento. Para eles, o envelhecimento é um fenômeno acompanhado, especialmente, de mudanças físicas significativas, que afetam a vida como um todo, afetando

a independência que o adulto sempre teve e, com isso, aspectos psicológicos também são afetados e modificados, como a esperança e a confiança:

Mesmo os corpos mais bem-cuidados começam a enfraquecer e não funcionam como antes. Apesar de todos os esforços para manter a força e o controle, o corpo continua a perder sua autonomia. O desespero, que assombra o oitavo estágio, é um companheiro próximo do nono, porque é quase impossível sabermos que emergências e perdas da capacidade física estão iminentes. Na medida em que a independência e o controle são desafiados, a autoestima e a confiança enfraquecem. A esperança e a confiança que outrora proporcionavam um sólido apoio, já não são mais os sustentáculos vigorosos de épocas anteriores. Enfrentar o desespero com fé e humildade apropriada talvez seja o curso mais sábio. (J. M. Erikson, 1997b, p. 90).

O Domínio “físico” do WHOQOL-BREF caminha na mesma direção da compreensão do casal Erikson, pois o declínio do aspecto físico é extremamente relevante no enfrentamento dos processos de envelhecimento.

Por outro lado, neste domínio, o WHOQOL-BREF avalia muitos dos aspectos que estão diretamente relacionados aos serviços de saúde oferecidos ao idoso.

O Domínio “físico” é particularmente afetado pelas condições de saúde do idoso e a saúde é a primeira condição para que se experimente uma velhice de qualidade e ativa (Fontaine, 2010).

Por isso, há a necessidade de sistemas de saúde bem estruturados que visem à promoção da saúde, a prevenção das doenças e o acesso ao cuidado primário e de longo prazo, de qualidade. É indispensável para se promover o envelhecimento ativo que sistemas de saúde tenham uma atuação que visem à promoção da saúde, a prevenção das doenças e o acesso equitativo ao cuidado primário e de longo prazo de qualidade (WHO, 2005).

As políticas públicas direcionadas ao idoso no Brasil ainda são precárias. O envelhecimento da população como um fenômeno relativamente novo no nosso país resulta numa demanda crescente por serviços de saúde, que ainda são escassos para uma população de idosos cada vez maior (Pessôa et al., 2007).

Uma qualidade de vida precária no Domínio “físico” pode ter sido determinante para os ICV não declararem sua experiência de envelhecimento como satisfatória.

A Tabela 46 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao Domínio “Psicológico”, aferido pelo WHOQOL-BREF.

Tabela 46 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao Domínio “Psicológico”, aferido pelo WHOQOL-BREF

		f	%	% acumulado
ICV	Qualidade de Vida Ruim	8	9,2	9,2
	Qualidade de Vida Regular	45	51,7	60,9
	Qualidade de Vida Boa	33	37,9	98,9
	Qualidade de Vida Muito Boa	1	1,1	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Qualidade de Vida Ruim	2	2,0	2,0
	Qualidade de Vida Regular	31	31,3	33,3
	Qualidade de Vida Boa	61	61,6	94,9
	Qualidade de Vida Muito Boa	5	5,1	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 46 aponta as frequências do Domínio “Psicológico” e mede aspectos relacionados a sentimentos positivos e negativos, autoestima, imagem corporal e espiritualidade.

Neste Domínio, verifica-se um desequilíbrio acentuado das frequências quando comparados os ICV e os IBV, uma vez que 66,6% dos IBV apresentam “Qualidade de Vida Boa” ou “Muito Boa” e entre os ICV o percentual é de apenas 39%.

Quanto ao Domínio “Psicológico”, ao aplicar-se o teste *T-Student*, não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos ao nível de 5%, como pode ser observado na Tabela 47.

A Tabela 47 compara as médias do Domínio “Psicológico” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-BREF.

Tabela 47 – Comparação das médias do Domínio “Psicológico” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-BREF

	Média	Sig
ICV	3,7548	0,1142
IBV	4,0943	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Joan Erikson argumenta que o declínio físico (analisado na tabela anterior) pode afetar aspectos psicológicos, afetando, inclusive, a esperança e a confiança, que antes eram sentimentos fortes, agora são enfraquecidas (J. M. Erikson, 1997b).

É preciso salientar que há questões que são próprias de cada pessoa, como as biológicas e genéticas, e também fatores psicológicos como padrão de humor, motivação e expectativas para a vida, que influenciam diretamente sobre o processo de envelhecimento.

Há tempos envelhecimento deixou de ser estudado apenas sob o enfoque biológico e genético, especialmente porque a cada dia se percebe o valor de aspectos psicológicos na resposta adaptativa às situações de estresse e no aumento do risco de doenças relacionadas à velhice (WHO, 2005).

Muitos aspectos psicológicos são, atualmente, objeto de pesquisa na população idosa, especialmente a depressão. Quadros de declínio cognitivo no idoso podem estar associados a várias doenças, dentre elas a depressão.

Outros aspectos psicológicos podem ser decisivos no desenvolvimento de um envelhecimento satisfatório. A auto-eficácia (ou confiança em si mesmo), por exemplo, surge como um fator pessoal que pode ser determinante para que se chegue ao envelhecimento ativo.

A Tabela 48 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao Domínio “Relações Sociais”, aferido pelo WHOQOL-BREF.

Tabela 48 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao Domínio “Relações Sociais”, aferido pelo WHOQOL-BREF

		F	%	% acumulado
ICV	Qualidade de Vida Ruim	19	21,8	21,8
	Qualidade de Vida Regular	37	42,5	64,4
	Qualidade de Vida Boa	29	33,3	97,7
	Qualidade de Vida Muito Boa	2	2,3	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Qualidade de Vida Ruim	4	4,0	4,0
	Qualidade de Vida Regular	41	41,4	45,5
	Qualidade de Vida Boa	49	49,5	94,9
	Qualidade de Vida Muito Boa	5	5,1	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 48 aponta as frequências do Domínio “Relações Sociais” e mede aspectos relacionados ao apoio social e à qualidade dos relacionamentos sociais dos idosos.

Neste Domínio, observa-se que os IBV apresentam o percentual de “Qualidade de Vida Boa” ou “Muito Boa” de 54,6% contra apenas 35,6% dos ICV nas mesmas categorias.

Além disso, apenas 4% dos IBV estão classificados na categoria “Qualidade de Vida Ruim”, enquanto a frequência dos ICV é de 21,8%.

Neste domínio, aplicando-se o teste T- *Student*, diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos ao nível de 5%. Assim, quanto às Relações

Sociais, os IBV apresentam médias maiores e estatisticamente significantes, como demonstra a Tabela 49.

A Tabela 49 compara as médias do Domínio “Relações Sociais” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-BREF.

Tabela 49 – Comparação das médias do Domínio “Relações Sociais” dos participantes, aferidas pelo WHOQOL-BREF

	Média	Sig
ICV	3,4368	0,0139
IBV	3,9024	

Tabela Elaborada pelo Autor
Fonte: Dados da pesquisa

A OMS aponta o apoio social como um dos temas entendidos como fundamentais para uma boa experiência de envelhecimento uma vez que o apoio social inadequado está associado não apenas a um aumento da mortalidade, morbidade e problemas psicológicos, mas também a uma diminuição na saúde e no bem estar geral (WHO, 2005).

Embora ainda não saibamos exatamente como, estima-se que boas relações sociais se apresentam como fator que proporciona conforto emocional e reduz os fatores de risco de morbidade e mortalidade (Günther, 2011).

Fontaine (2010) argumenta que, a partir de diversas pesquisas, é possível chegar-se a três suposições universais quanto às relações sociais: o isolamento é fator de risco para a saúde, suportes sociais de natureza emocional ou instrumental podem ter efeitos positivos sobre a saúde, e, não existe suporte universal para todos os indivíduos, pois o fator essencial é a apropriação do suporte por parte do indivíduo. E o suporte social é indispensável ao idoso, pois um dos sentimentos experimentados por muitas pessoas idosas é o de ser inútil e não estar envolvido em nenhuma atividade produtiva.

O rompimento de laços pessoais, a solidão e as interações conflituosas se configuram nas maiores fontes de estresse, enquanto relações sociais animadoras e próximas são fontes vitais de força emocional. Além disso, o isolamento e a solidão na velhice estão associados ao declínio de saúde tanto física como mental (WHO, 2005).

Há muitas evidências em estudos epidemiológicos de que pessoas envolvidas socialmente teriam menor risco para problemas cognitivos (H. S. Silva & Yassuda, 2013).

Um padrão adequado de Relações Sociais pode ser um elemento distintivo dos IBV e isso pode ter contribuído para que eles tenham relatado o envelhecimento como satisfatório.

A Tabela 50 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao Domínio “Meio Ambiente”, aferido pelo WHOQOL-BREF.

Tabela 50 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto ao Domínio “Meio Ambiente”, aferido pelo WHOQOL-BREF

		f	%	% acumulado
ICV	Qualidade de Vida Ruim	22	25,3	25,3
	Qualidade de Vida Regular	49	56,3	81,6
	Qualidade de Vida Boa	16	18,4	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Qualidade de Vida Ruim	13	13,1	13,1
	Qualidade de Vida Regular	57	57,6	70,7
	Qualidade de Vida Boa	28	28,3	99,0
	Qualidade de Vida Muito Boa	1	1,0	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 50 aponta as frequências do Domínio “Meio Ambiente” e mede aspectos relacionados à segurança física, ambiente no lar, Recursos Financeiros, Cuidados com a Saúde e Informação.

Neste Domínio, o desequilíbrio a favor dos IBV se apresenta nas categorias “Qualidade de Vida Ruim” (onde se verifica um percentual muito maior de ICV) e nas categorias “Qualidade de Vida Boa” ou “Muito Boa” (onde se observa percentuais muito maiores de IBV).

Estatisticamente, porém, os grupos são semelhantes. Aplicando-se o teste *T-Student*, não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos ao nível de 5%, como demonstra a Tabela 51.

A Tabela 51 compara as médias do Domínio “Meio Ambiente”, aferidas pelo WHOQOL-BREF.

Tabela 51 – Comparação das médias do Domínio “Meio Ambiente”, aferidas pelo WHOQOL-BREF

	Média	Sig
ICV	3,3362	0,9611
IBV	3,5884	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Questões como moradia segura e ajustada para o idoso, prevenção de quedas, água limpa e alimentos seguros são também alvo de discussão e ganham força na discussão do envelhecimento e estão associados ao ambiente físico e fazem parte do conceito de Envelhecimento Ativo proposto pela OMS.

Pessoas idosas que moram em ambientes ou áreas de risco com múltiplas barreiras físicas saem com menos frequência e assim estão mais propensas ao isolamento (WHO, 2005). Questões ligadas à urbanização (como calçadas e ruas, por exemplo) e à acessibilidade (como o transporte público) podem ser fatores ambientais determinantes na experiência dos idosos.

Boa parte dos idosos brasileiros mora em habitações altamente inseguras, construídas em áreas de risco, aumentando riscos de queda e exposição à violência, em que não há o acesso sequer a condições sanitárias adequadas e água limpa para o consumo humano (WHO, 2005).

O Domínio “Meio ambiente” do WHOQOL-BREF inclui a discussão do quanto os recursos financeiros são relevantes para a qualidade de vida.

Para a OMS (WHO, 2005), a renda tem um efeito particularmente importante sobre o envelhecimento ativo.

O acesso a uma renda que possibilite o sustento digno e contribua com a redução da pobreza é um dos desafios para garantir um processo digno de envelhecimento nos países subdesenvolvidos. O acesso ao trabalho também está envolvido neste processo.

As políticas de envelhecimento ativo precisam traçar projetos audaciosos no sentido de reduzir a pobreza em todas as idades, especialmente entre os idosos, pois este é um grupo etário que se apresenta particularmente vulnerável (WHO, 2005). Uma política de geração de renda para este grupo etário se faz urgente.

No entanto, o que se observa no Brasil de hoje é a falência do sistema de previdência social, o que coloca em risco toda uma geração de idosos, especialmente os menos favorecidos.

Considerando que a amostra de idosos da presente pesquisa está predominantemente classificada entre as Classes C e D, a renda é um quesito muito relevante para a experiência positiva do envelhecimento.

Contudo, como demonstrado nas Tabelas 21 e 22, os grupos ICV e IBV são similares quanto à renda e à classificação de Classe Econômica. Mas as diferenças de frequência a favor do IBV quanto ao Domínio “Meio Ambiente” também podem ser consideradas fatores determinantes para que eles relatem o envelhecimento como satisfatório.

Um aspecto que deve ser considerado no meio ambiente é a segurança dos idosos. Num país em que uma considerável parte dos idosos é empobrecida, faz-se necessária

a implementação de serviços sociais de apoio ao idoso, a fim de se garantir a dignidade da vida nesta faixa etária, uma vez que a cada dia crescem as denúncias de maus tratos à população idosa.

Segundo o serviço Disque Direitos Humanos (BRASIL, 2013), a violência contra o idoso aumentou exponencialmente na sociedade brasileira em todas as suas formas: negligência, violência psicológica, abuso financeiro, econômico e patrimonial, violência física, sexual, institucional e discriminação.

A violência contra o idoso mata e provoca traumas. Ela é apontada como sexta causa de mortalidade para este grupo etário (Minayo, 2014). E a maior incidência de violência contra o idoso se dá no âmbito da sua própria casa, nas relações intrafamiliares (C. F. S. Silva & Dias, 2016).

Segundo (SAÚDE, 2009), os idosos estão expostos a muitos e diferentes tipos de violência e não se pode fechar os olhos para a violência institucional ocorrida no interior das clínicas e casas de retiro, o que exige do poder público o monitoramento, especialmente em relação em relação às instituições de longa permanência.

O acesso a serviços sociais e de proteção ao idoso é essencial para que ele tenha condições de experimentar um envelhecimento ativo e satisfatório.

A Tabela 52 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à questão número “2” do WHOQOL-BREF, em que a pessoa é questionada sobre o quanto está satisfeita com a sua saúde.

Tabela 52 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à questão número “2” do WHOQOL-BREF, em que a pessoa é questionada sobre o quanto está satisfeita com a sua saúde

		f	%	% acumulado
ICV	Muito Insatisfeito	7	8,0	8,0
	Insatisfeito	11	12,6	20,7
	Nem satisfeito nem insatisfeito	23	26,4	47,1
	Satisfeito	32	36,8	83,9
	Muito Satisfeito	14	16,1	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Muito Insatisfeito	2	2,0	2,0
	Insatisfeito	11	11,1	13,1
	Nem satisfeito nem insatisfeito	20	20,2	33,3
	Satisfeito	46	46,5	79,8
	Muito Satisfeito	20	20,2	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor
Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 52 aponta as frequências das respostas dadas à questão número “2” do WHOQOL-BREF, que se apresenta como uma avaliação da autopercepção da pessoa

quanto à sua satisfação com seu atual estado de saúde: “*Quão satisfeito você está com a sua saúde?*”.

Esta questão (e também as questões “1” e “26”) não está incluída no cálculo da Qualidade de Vida medida pelo WHOQOL-BREF e deve ser tabulada separadamente.

Neste Domínio, o desequilíbrio a favor dos IBV se apresenta nas categorias “Qualidade de Vida Ruim” (onde se verifica um percentual muito maior de ICV) e nas categorias “Qualidade de Vida Boa” ou “Muito Boa” (onde se observa percentual muito maior de IBV).

Aplicando-se o teste T- *Student*, verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos ao nível de 5%, como pode ser observado na Tabela 53.

A Tabela 53 compara as médias da questão “2” do WHOQOL-BREF (*Quão satisfeito você está com a sua saúde?*).

Tabela 53 – Comparação das médias da Questão “2” do WHOQOL-BREF (*Quão satisfeito você está com a sua saúde?*)

	Média	Sig
ICV	3,4023	0,0448
IBV	3,7172	

Tabela Elaborada pelo Autor
Fonte: Dados da pesquisa

Segundo Fontaine (2010), a saúde é a primeira condição para que se experimente uma velhice de qualidade e ativa (Fontaine, 2010).

A satisfação com a sua própria saúde pode ser elemento determinante para se relatar o envelhecimento como satisfatório ou insatisfatório.

A Tabela 54 apresenta a distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à questão número “26” do WHOQOL-BREF, em que a pessoa é questionada sobre a frequência com que a pessoa experimenta sentimentos negativos como mau humor, desespero, depressão, ansiedade e depressão.

Tabela 54 – Distribuição em termos frequências absolutas (f) e percentuais (%) quanto à questão número “26” do WHOQOL-BREF, em que a pessoa é questionada sobre a frequência com a pessoa experimenta sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão

		f	%	% acumulado
ICV	Nunca	5	5,7	5,7
	Algumas vezes	6	6,9	12,6
	Frequentemente	6	6,9	19,5
	Muito frequentemente	46	52,9	72,4
	Sempre	24	27,6	100,0
	Total	87	100,0	
IBV	Nunca	2	2,0	2,0
	Algumas vezes	1	1,0	3,0
	Frequentemente	8	8,1	11,1
	Muito frequentemente	53	53,5	64,6
	Sempre	35	35,4	100,0
	Total	99	100,0	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 54 aponta as frequências das respostas dadas à questão número “26” do WHOQOL-BREF, que se apresenta como um relato da frequência com que a pessoa experimenta sentimentos negativos como mau humor, desespero, e depressão: *“Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão?”*.

Esta questão também não está incluída no cálculo da Qualidade de Vida medida pelo WHOQOL-BREF e deve ser tabulada separadamente.

Ao observarmos a Tabela 54, vamos notar que os IBV relatam experimentar sentimentos negativos com mais frequência que os ICV. Nas categorias “Muito frequentemente” e “Sempre”, os IBV acumulam o percentual de 88,9%, maior que os ICV, que acumulam o percentual de 80,7%. Ou seja, paradoxalmente, os IBV relatam experimentar sentimentos negativos com mais frequência que os ICV.

Aplicando-se o teste T- *Student*, verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos ao nível de 5%, como pode ser observado na Tabela 55.

A Tabela 55 compara as médias da questão “26” do WHOQOL-BREF (*Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão?*).

Tabela 55 – Comparação das médias da Questão “26” do WHOQOL-BREF (Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão?)

	Média	Sig
ICV	3,8966	0,0321
IBV	4,1919	

Tabela Elaborada pelo Autor

Fonte: Dados da pesquisa

Erik Erikson argumenta que “o desespero expressa o sentimento de que o tempo é curto, demasiado curto para a tentativa de começar uma outra vida e experimentar rumos alternativos para a integridade” (E. H. Erikson, 1987, p. 140). E o desespero pode estar associado a diversos fatores, como os aspectos físicos e sensoriais que se deterioram tão rapidamente a cada dia. A tristeza gerada pelas perdas constantemente vem à tona e serve para apontar que o final da trajetória de vida está próximo. O contato, que no oitavo estágio já não era ótimo, com a deterioração da saúde e dos sentidos se torna ainda mais precário para o idoso, levando-o inevitavelmente a experimentar sentimentos negativos.

Quando Erik Erikson alude ao “Desespero”, ele o apresenta como um “estilo de vida”, uma forma predominante de experimentar a vida, especialmente na velhice. Ao contrário do que se pode deduzir, ele não está afirmando que o idoso que vive na integridade nunca experimente sentimentos negativos como o desespero.

Os elementos distônicos que sempre estiveram presentes no ciclo de desenvolvimento, na velhice se apresentam mais pujantes, quase predominantes em alguns momentos e eles podem suscitar a vivência de sentimentos negativos, como o desespero.

Mas quando a confiança e a esperança estão presentes na vivência do idoso, ele passa a reunir condições de enfrentar o envelhecimento de forma positiva. Joan Erikson entende que a vivência dos sentimentos de desespero e tristeza assumem nova significação quando permeados pela confiança e esperança (J. M. Erikson, 1997b).

Assim, o fato dos IBV apresentarem percentuais de vivência de sentimentos negativos maiores que os ICV, não necessariamente significa algo negativo na experiência de envelhecimento destes idosos. Pode, inclusive, significar uma capacidade de autoconsciência maior no sentido de identificar sentimentos negativos e lidar positivamente com eles.

A Tabela 56 apresenta um resumo de todas as médias comparadas no presente trabalho.

Tabela 56 – Apresentação das medias obtidas por todos os instrumentos, comparando os ICV com os IBV, acompanhadas dos respectivos níveis de significância

Instrumento		Média ICV	Média IBV	Sig
Escala de Satisfação de Vida	Satisfação de Vida Escore Totais	26,4253	29,7071	0,0000
Escala de Religiosidade de DUKE – DUREL	Religiosidade Organizacional	2,8506	2,8687	0,5220
	Religiosidade Não-Organizacional	2,5862	2,4646	0,4307
	Religiosidade Intrínseca	4,8851	4,5556	0,7491
WHOQOL-OLD	Qualidade de Vida – Escore Totais	3,6121	3,8683	0,0309
	Faceta Funcionamento dos Sentidos	3,7155	3,9975	0,3559
	Faceta Autonomia	3,4511	3,7172	0,1979
	Faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras	3,6264	3,9621	0,0620
	Faceta Participação Social	3,5201	3,8030	0,7914
	Faceta Morte e Morrer	3,6121	4,0253	0,0064
	Faceta Intimidade	3,7471	3,7045	0,0603
WHOQOL-BREF	Domínio Físico	3,5107	3,8052	0,3524
	Domínio Psicológico	3,7548	4,0943	0,1142
	Domínio Relações Sociais	3,4368	3,9024	0,0139
	Domínio Meio Ambiente	3,3362	3,5884	0,9611
	Questão “2”	3,4023	3,7172	0,0448
	Questão “26”	3,8966	4,1919	0,0321

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Temos que aprender a envelhecer,
a nossa vida é um ciclo,
vivemos por etapas”*

Participante nº 61, do sexo feminino, de 71 anos

.Este trabalho apresenta descobertas interessantes a respeito dos idosos que relatam o envelhecimento como satisfatório, os Idosos de Bem com a Velhice. As médias deste grupo de idosos são superiores às dos Idosos em Conflito com a Velhice em quase todos os aspectos mensurados.

As hipóteses iniciais da pesquisa foram quase todas confirmadas: os IBV praticam mais atividades físicas e de lazer e estão mais envolvidos com o trabalho remunerado que os ICV. No entanto, os IBV não apresentam maior grau de escolaridade e maiores níveis de renda que os ICV e nestes aspectos, os dois grupos são muito semelhantes.

Confirmaram-se também as hipóteses de que os IBV apresentariam maiores médias na Qualidade de Vida e na Satisfação de Vida. Nos dez aspectos mensurados pelo WHOQOL (seis facetas do WHOQOL-OLD e quatro domínios do WHOQOL-BREF), apenas em um deles os ICV apresentaram médias melhores que os IBV. E quanto à Satisfação de Vida, as médias alcançadas pelos IBV são maiores e estatisticamente significantes.

No que diz respeito à Religiosidade, no entanto, apenas no aspecto da “Religiosidade Organizacional” é que os IBV apresentam médias superiores aos ICV. A Religiosidade Organizacional é aquela que envolve as práticas religiosas institucionais, em que a pessoa se envolve com outras pessoas em celebrações, em encontros religiosos e atividades em grupo.

A partir dos dados da pesquisa, é possível descrever o IBV da seguinte maneira: é satisfeito com a vida, faz uma avaliação positiva da sua experiência de Qualidade de Vida, maneja bem questões ligadas às atividades passadas, presentes e futuras (demonstrando o que Erikson denominava de Integridade), participa ativamente da sociedade, mantém bom nível de relações sociais significativas e apresenta-se preservado no que diz respeito aos aspectos físicos, psicológicos e das relações sociais (até mesmo a religiosidade é vivenciada no âmbito das relações sociais).

Além disso, ele apresenta uma avaliação mais autoconsciente dos momentos de mau humor, depressão ansiedade e desespero. Não os nega.

Outro aspecto interessante apontado neste trabalho é a responsabilidade que os órgãos governamentais e toda a sociedade organizada tem diante do envelhecimento. A promoção do Envelhecimento Ativo, nos moldes propostos pela OMS, pode contribuir para que mais pessoas passem a enxergar o envelhecimento como satisfatório. Sem serviços de saúde, amparo social aos mais desfavorecidos, programas de geração de renda e de educação, os idosos, especialmente os mais empobrecidos, tenderão a sofrer mais com o declínio da saúde e a pobreza. Nossos governantes precisam perceber que já passou o tempo de se implementar programas governamentais que garanta ao público idoso mais qualidade de vida e dignidade.

Os programas que promovem o Envelhecimento Ativo poderão fazer com que, em pesquisas futuras, o percentual de ICV seja menor. Neste momento, programas que promovam a saúde, a renda, as atividades física e de lazer, e que garantam a integração dos idosos na sociedade poderão se transformar numa boa estratégia de atingir os ICV e mostrar-lhes que é possível crescer na saúde e nas relações interpessoais.

Com a presente pesquisa, pode-se concluir que há um número considerável de idosos que romperam como paradigma de que o envelhecimento é sinônimo de decrepitude, inutilidade e improdutividade. Os IBV são aqueles que decidiram encarar o envelhecimento como um desafio e mais uma etapa da vida a ser vencida. Retomando a metáfora apresentada no início do trabalho, eles não estão no grupo dos que contemplam os trilhos da estação; estão nas gôndolas e embarcações navegando pelos canais e contemplando a beleza da descoberta.

REFERÊNCIAS

- Abrisqueta-Gomez, J. (2013). Memória e envelhecimento saudável. In L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, & R. M. Cosenza (Eds.), *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 171-196). Porto Alegre: Artmed.
- Albuquerque, K., & Soares, E. C. (2016). *Idoso e mundo digital: do medo à aceitação - Um estudo da influência da autoeficácia no manejo dos meios digitais*. Trabalho apresentado no 19º Congresso de Iniciação Científica da Universidade de Santo Amaro, São Paulo.
- Alencar, N. d. A., Aragão, J. C. B., Ferreira, M. d. A., & Dantas, E. H. M. (2010). Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 13(1), 103-109.
- Alves, V. P. (2006). A religião e os idosos. In V. P. Faleiros & A. M. T. Loureiro (Eds.), *Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz* (pp. 45-56). Brasília: Universa.
- Arruda, A. (2012). Envelhecer: uma novidade? In *Envelhecimento e Representações Sociais*. Rio de Janeiro: Quartet Editora.
- Baltar, V. T., & Okano, V. (2017b). *Análise de Concordância - Kappa* Análise de Concordância - Kappa. Recuperado de www.lee.dante.br/pesquisa/kappa/.
- Barreto, M. L. F. (1992). Admirável mundo velho: velhice, fantasia e realidade social: Ática.
- Barros, R. M. A., Martín, J. I. G., Fernando, J., & Pinto, V. C. (2010). Investigação e prática em psicologia positiva. *Psicologia ciência e profissão*, 30(2), 318-327.
- Barros-Oliveira, J. H. (2007). Espiritualidade e Religião: Tópicos de Psicologia Positiva. *Psicologia, Educação e Cultura*, 11(2), 265-287.
- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bertelli, S. B. C. (2006). O idoso não quer pijama!: aprenda a conhecer e como tratar esse novo cliente. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora Ltda.
- Bimler, R. (2013). Cabelos brancos, cuca fresca: a arte de viver com alegria e esperança. Porto Alegre: Editora Concórdia.
- Bosi, E. (2012). *Memória e sociedade: lembranças de velhos* (17a Edição ed.). São Paulo/SP: Companhia das Letras.
- Brasil, C. d. C. (2008). Critério de Classificação Econômica Brasil. In *Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)*. Recuperado de <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
- BRASIL. (2013). *Dados sobre o envelhecimento*. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoBrasil.pdf>. Acesso em 05/10/2014.

- Brüggemann, O. M., & Parpinelli, M. A. (2008). Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. *Rev Esc Enferm USP*, 42(3), 563-568.
- Buriti, M. A. (2010). Lazer e Envelhecimento. In G. P. Witter (Ed.), *Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas* (2a ed., pp. 103-118). Campinas/SP: Alínea.
- Buriti, M. S. L., & Campelo, C. G. (2010). Atividade Física e Envelhecimento. In G. P. Witter (Ed.), *Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas* (2a2a ed., pp. 119-132). Campinas/SP: Alínea.
- Cachioni, M., & Falcão, D. V. S. (2011). Velhice e Educação: possibilidades e benefícios para a qualidade de vida. In D. V. S. Falcão & L. F. Araújo (Eds.), *Psicologia do Envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados* (pp. 175-194). Campinas/SP: Alínea.
- Caldas, C. P., & Veras, R. P. (2012). Saúde do Idoso: a necessária abordagem multidimensional. In L. F. R. Tura & A. O. Silva (Eds.), *Envelhecimento e Representações Sociais*. Rio de Janeiro: Faperj
- Camarano, A. A., Beltrão, K. I., Pascom, A. R. P., Medeiros, M., Carneiro, I. G., Goldani, A. M., & Osório, R. G. (1998). *Como vai o Idoso Brasileiro?*.
- Carnevale, M. (Writer). (2005). *Elsa e Fred - Um amor de paixão*. J. A. Félez (Producer). Argentina: Columbia Tristar & Paris Films.
- Chachamovich, E., & Fleck, M. P. A. (2008a). Desenvolvimento do Whoqol-100. In *A avaliação de qualidade de vida - Guia para profissionais de saúde* (pp. 60-73). Porto Alegre: Artmed.
- Chachamovich, E., & Fleck, M. P. A. (2008b). Desenvolvimento do WHOQOL-BREF. In M. P. A. Fleck (Ed.), *A avaliação de qualidade de vida - Guia para profissionais da saúde* (pp. 74-82). Porto Alegre: Artmed.
- Chachamovich, E., Trentini, C. M., Fleck, M. P. A., Schmidt, S., & Power, M. (2008). Desenvolvimento do Instrumento WHOQOL-OLD. In M. P. A. Fleck (Ed.), *A avaliação de qualidade de vida - Guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Chauí, M. S. (1979). Os Trabalhos da Memória. In *Memória e Sociedade: lembrança de velhos*. São Paulo: Cia das Letras.
- Corcione, A. C. (2016). Os desafios da Psicologia Positiva no continente mais feliz do mundo: Por que replicamos modelos de um continente que é menos feliz que o nosso? In A. P. Corrêa & A. Roma (Eds.), *Psicologia Positiva: Teoria e Prática* (pp. 86-93). São Paulo: Leader.
- Corrêa, A. P. (2016). Felicidade, Bem-Estar Subjetivo e Emoções Positivas. In A. P. Corrêa & A. Roma (Eds.), *Psicologia Positiva: Teoria e Prática* (pp. 111-127). São Paulo: Leader.

- Corrêa, A. P. (2016b). Introdução à Psicologia Positiva. In A. P. Corrêa & A. Roma (Eds.), *Psicologia Positiva: Teoria e Prática* (pp. 34-63). São Paulo: Leader.
- Corrêa, A. P., & Roma, A. (2016). *Psicologia Positiva: Teoria e Prática*. São Paulo: Leader.
- Corrêa, E. B. (2014). Como viver a melhor idade: dicas preciosas para o idoso moderno. São Paulo/SP: Editora Proclamação.
- Coutinho, E. d. S., Silva, S. D. d., Paiva, C. H. A., Freitas, G. G. d., Miranda, L. P., & Mendonça, R. (1999). Confiabilidade da informação sobre uso recente de medicamentos em um estudo caso-controle de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3), 553-558.
- Damberg, C. F. (2014). *Terceira Idade: a melhor fase da vida*. São Paulo/SP: Hagnos.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2013). *Estatística sem Matemática para Psicologia* (5a ed.). Porto Alegre: Penso.
- Debert, G. G. (1997). A invenção da Terceira Idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14(n. 34), 39-56.
- Debert, G. G. (1999). Velhice e o curso da vida pós-moderno. *Revista USP* (n. 42), 70-83.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Domingues, M. A. (2013). Suporte Social e Familiar na Velhice. In C. R. Carvalho, F. & C. Tanaka (Eds.), *Funcionalidade e Envelhecimento* (pp. 213-219). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos—seguido de envelhecer e morrer* (tradução: Plínio Dentzien). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.
- Erikson, E. H. (1976). *Infância e Sociedade* (2a Edição). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Erikson, E. H. (1987). *Identidade: Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1997). *O ciclo de vida completo* (M. A. V. Veronese, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Erikson, J. M. (1997a). Gerotranscendência. In *O Ciclo de Vida completo* (pp. 103-108). Porto Alegre: Artmed.
- Erikson, J. M. (1997b). O Nono Estágio. In *O Ciclo de Vida completo* (pp. 89-102). Porto Alegre: Artmed.
- Erikson, J. M. (1997c). Prefácio da Versão Ampliada. In *O Ciclo da Vida Completo* (pp. v-xii). Porto Alegre: Artmed.

- Erikson, J. M. (1997d). Velhice e Comunidade. In *O Ciclo de Vida completo* (pp. 97-102). Porto Alegre: Artmed.
- BRASIL (2003). *Estatuto do idoso*, Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003 C.F.R. (2003).
- Farias, R. G., & Santos, S. M. A. (2012). Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto and Contexto Enfermagem*, 21(1), 167.
- Ferreira, M. E. C., Corrêa, J. C., & Banhato, E. F. C. (2010). *Os desafios de envelhecer no século XXI*. São Paulo: Residencial Santa Rita.
- Fleck, M. P. A. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. In *A avaliação de qualidade de vida - Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Fleck, M. P. A. (2008a). A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed.
- Fleck, M. P. A. (2008b). Problemas conceituais em qualidade de vida. In *A avaliação de qualidade de vida - Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Fleck, M. P. A., Borges, Z. N., Bolognesi, G., & Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 446-455.
- Fleck, M. P., Chachamovich, E., & Trentini, C. (2006). Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 785-791.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de saúde pública*, 34(2), 178-183.
- Fleck, M., Lousada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33(2), 198-205.
- Floriano, P. J., & Dalgalarrrondo, P. (2007). Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*, 56(3), 162-170.
- Fonseca, R., Silva, P., & Silva, R. (2013). Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia*, 5(1), 81-90.
- Fontaine, R. (2010). *Psicologia do envelhecimento*. São Paulo: Edições Loyola.
- Fraga-Maia, H., & Santana, V. S. (2005). Concordância de informações de adolescentes e suas mães em inquérito de saúde.

- Freire, S. A., & Resende, M. C. (2001). Sentido de vida e envelhecimento. In A. L. Neri (Ed.), *Maturidade e Velhice: trajetórias individuais e socioculturais*. São Paulo: Papirus.
- Gil, A. C. (2010). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de administração de empresas*, 35(2), 57-63.
- Goldani, A. M. (2010). Desafios do preconceito etário no Brasil. *Educação & Sociedade*, Campinas, SP, 31(111), 411-434.
- Goldenberg, M. (2014). *Corpo, Envelhecimento e Felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Goldenberg, M. (2015a). A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Record.
- Goldenberg, M. (2015b). *A Bela Velhice*. Rio de Janeiro: Record.
- Gomes, G. C., & Britto, R. R. (2013). Envelhecimento Ativo. In C. R. Carvalho, F. & C. Tanaka (Eds.), *Funcionalidade e Envelhecimento* (pp. 537-547). Rio de Janeiro: Ghanabara Koogan.
- Gonçalves, M. P., & Alchieri, J. C. (2009). Motivação à prática de atividades físicas em idosos. In L. F. Araújo, C. M. R. G. Carvalho, & V. A. M. L. Carvalho (Eds.), *As diversidades do envelhecer: uma abordagem multidisciplinar* (pp. 25-36). Curitiba/PR: Editora CRV.
- Goulart, D., Engroff, P., Ely, L. S., Sgnaolin, V., Santos, E. F. d., Terra, N. L., & Carli, G. A. d. (2010). Tabagismo em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 13(2), 313-320.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Andrade, E. d. O., & Carneiro, M. B. (2005). Medindo a satisfação com a vida dos médicos no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(4), 298-305.
- Günther, I. A. (2011). Envelhecimento, Relações Sociais e Ambiente. In D. V. S. Falcão & L. F. Araújo (Eds.), *Psicologia do Envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados* (2a ed., pp. 11-26). Campinas/SP: Alínea.
- Gutierrez, B. A. O., Auricchio, A. M., & Medina, N. V. J. (2011). Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. *J Health Sci Inst*, 29(3), 186-190.
- Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da Personalidade*. 4ª edição. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hemingway, E. (2003). *O velho e o mar*. Rio de Janeiro: Globo.

- Hendricks, H. (2005). *O outro lado da montanha - O caminho do amadurecimento digno e saudável*. São Paulo: Editora Mundo Cristão.
- Hutz, C. S., & Pacico, J. C. (2016). Psicologia Positiva: Avanços de uma nova abordagem. In A. P. Corrêa & A. Roma (Eds.), *Psicologia Positiva: Teoria e Prática* (pp. 78-84). São Paulo: Leader.
- Hutz, C. S., Zanon, C., & Bardagi, M. P. (2014). Satisfação de Vida. In C. S. Hutz (Ed.), *Avaliação em Psicologia Positiva* (pp. 43-48). Porto Alegre: Artmed.
- IBGE. (2013). *Atlas do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.
- IBGE. (2015). *Síntese de Indicadores Sociais - Uma análise das condições de vida da população brasileira* (Vol. 35). Rio de Janeiro/RJ: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.
- Jesuino, J. C. (2012). Imagens da Velhice. In L. F. R. Tura & A. O. Silva (Eds.), *Envelhecimento e Representações Sociais* (pp. 51-68). Rio de Janeiro: Quartet.
- Joia, L. C., Ruiz, T., & Donalisio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública*, 41(1), 131-138.
- Junior, E. d. D. A. (2009a). *Envelhecimento e vida saudável*. Rio de Janeiro: Apicuri.
- Junior, E. d. D. A. (2009b). Vida Saudável em Niteroi e São Gonçalo: uma proposta de lazer numa perspectiva intergeracional. In E. d. D. A. Junior (Ed.), *Envelhecimento e Vida Saudável* (pp. 243-256). Rio de Janeiro: Apicuri.
- Kaufman, F. G. (2012). Velhice - Cenas da Mitologia, Literatura e Artes Cênicas. In F. G. G. Kaufman (Ed.), *Novo Velho: Envelhecimento, olhares e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kirschbaum, C. (2013). Decisões entre pesquisas quali e quanti sob a perspectiva de mecanismos causais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 28(82).
- Koenig, H., Parkerson Jr, G. R., & Meador, K. G. (1997). Religion index for psychiatric research. *American Journal of Psychiatry*, 154(6), 885-886.
- Lage, G. M. (2013). Exercício Físico. In L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, & R. M. Cosenza (Eds.), *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 412-427). Porto Alegre: Artmed.
- Laham, C. F., & Aranha, V. C. (2013). Motivação, Participação e Satisfação na Velhice. In C. R. Carvalho, F. & C. Tanaka (Eds.), *Funcionalidade e Envelhecimento* (pp. 221-229). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Leandro-França, C., & Murta, S. G. (2014). Prevenção e Promoção da Saúde Mental no Envelhecimento: Conceitos e Intervenções. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 34(2), 318-329.
- Lebrão, M. L. (2007). O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*, 4(17), 135-140.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Peres, M. F., Leão, F. C., Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2012). Validation of the duke religion index: DUREL (Portuguese version). *Journal of religion and health*, 51(2), 579-586.
- Luz, M. M. C., & Amatuuzzi, M. M. (2008). Vivências de felicidade de pessoas idosas. *Estud. psicol.*(Campinas), 25(2), 303-307.
- Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., & Cosenza, R. M. (2013). *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre/RS: Artmed.
- Mariñelarena-Dondena, L. (2016). A Psicologia Positiva no século XXI: História e situação atual do movimento na América Latina. In B. L. Seibel, H. Poletto, & S. H. Koller (Eds.), *Psicologia Positiva: Teoria, Pesquisa e Intervenção* (pp. 13-28). Curitiba: Juruá.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5a ed.). Pero Pinheiro - Portugal: Reportnumber.
- Martinez, E. Z., Alves, A. C., Carneiro, A., Jorge, T. M., Carvalho, A. C. D. d., & Zucoloto, M. L. (2014). Investigação das propriedades psicométricas do Duke Religious Index no âmbito da pesquisa em Saúde Coletiva. *Cad Saude Colet*, 22(4), 419-427.
- Martins, C. (2011). Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM-SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir. Braga -Portugal: Psiquilibrios Edições.
- Minayo, M. C. S. (2011). Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In B. Trench & T. E. C. Rosa (Eds.), *Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa*. (Vol. 13, pp. 7-16). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Minayo, M. C. S. (2014). Múltiplas faces da violência contra a pessoa idosa. *Revista Mais* 60, 60, 10-27.
- Monteiro, M. B. (2009). Estratégias para implementação de projetos de lazer em favelas. In E. d. D. A. Junior (Ed.), *Envelhecimento e Vida Saudável* (pp. 225-242). Rio de Janeiro: Apicuri.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiosidade e saúde mental: uma revisão. *Revista brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-250.
- Moreira-Almeida, A., Peres, M. F., Aloe, F., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2008). Portuguese version of duke religious index: DUREL. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 35(1), 31-32.

- Myers, D. G. (2012). *Psicologia*. Rio de Janeiro: GEN/LTC.
- Netto, M. P. (2002). O estudo da velhice no séc. XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Niven, D. (2001). Os 100 segredos das pessoas felizes - Descobertas simples e úteis dos estudos científicos sobre a felicidade (5a ed.). Rio de Janeiro: Sextante.
- Oliveira, T. M. V. (2001). Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. *Revista Administração On Line*, Volume 2 - Número 3. Recuperado de <http://www.fecap.br/adm_online/> website.
- Orley, J., & Saxena, S. (1996). *La gente y la salud - ¿Que calidad de vida?* Foro Mundial de la Salud, 17. Retrieved from
- Pacico, J. C., & Bastianello, M. R. (2014). As origens da Psicologia Positiva e os primeiros estudos brasileiroa. In C. S. Hutz (Ed.), *Avaliação em Psicologia Positiva* (pp. 13-22). Porto Alegre: Artmed.
- Paludo, S. d. S., & Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia: cadernos de educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto*, 17(36), 9-20.
- Patrick, D. L. (2008). A qualidade de vida pode ser medida? Como? In M. P. A. Fleck (Ed.), *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (pp. 29-39). Porto Alegre: Artmed.
- Paula, J. J. (2015). Propriedades psicométricas do Índice de Religiosidade de Duke aplicado em plataforma virtual. *Cad. saúde colet.*, (Rio J.), 23(3), 276-279.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological assessment*, 5(2), 164.
- Peixoto, C. (1998). Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In M. M. L. Barros (Ed.), *Velhice ou Terceira Idade?* (pp. 69-84). Rio de Janeiro: FGV.
- Perroca, M. G., & Gaidzinski, R. R. (2003). Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes: coeficiente Kappa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(1), 72-80.
- Pessôa, L. R., Ferla, A. A., Ferasso, M., Vargas, L. M., & Pelegrini, M. L. M. (2007). Cuidado ao Idoso e envelhecimento: análise de novos dispositivos para as políticas públicas. In V. B. M. Herédia, D. R. S. Lorenzi, & A. A. Ferla (Eds.), *Envelhecimento, Saúde e Políticas Públicas* (pp. 181-213). Caxias do Sul/RS: Educs/Quartet.
- Reppold, C. T., Serafini, A. J., & Menda, S. C. (2014). Psicologia Positiva e avaliação da Qualidade de Vida. In C. S. Hutz (Ed.), *Avaliação em Psicologia Positiva* (pp. 121-146). Porto Alegre: Artmed.

- Rocha, N. S., Panzini, R. G., Pargendler, J. S., & Fleck, M. P. A. (2008). Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do Whoqol (Whoqol-SRPB). In M. P. A. Fleck (Ed.), *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (pp. 93-101). Porto Alegre: Artmed.
- Rodrigues, L. S., & Soares, G. A. (2006). Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. *Revista Ágora* (4).
- Rodrigues, N. C. (2001). Política Nacional do Idoso: retrospectiva histórica. *Estudos Interdiscipl. Envelhec*, 3, 149-158.
- Rodrigues, N. C. (2007). Políticas Públicas em relação ao idoso. In V. B. M. Herédia, D. R. S. Lorenzi, & A. A. Ferla (Eds.), *Envelhecimento, Saúde e Políticas Públicas* (pp. 147-156). Caxias do Sul/RS: Educs.
- Rosnay, J., Servan-Schreiber, J.-L., Closets, F., & Simonnet, D. (2007). *Ganhei mais vida! O que fazer com a longevidade?* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1999). *Successful aging*. New York: Dell Publishing.
- Santos, J. S., Tavares, M. A. S., Luz, L. L., & Mattos, I. E. (2015). Confiabilidade Interobservador de Duas Escalas de Aferição de Comorbidade em Pacientes Idosos com Câncer de Próstata. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 61(4), 359-365.
- Santos, S. S. C. (2001). Envelhecimento: visão de filósofos da antigüidade oriental e ocidental. *Rev. RENE. Fortaleza*, v. 2, n. 1, p. 88-94, jul./dez./2001
- Santos, T. M. B. M., Monteiro, V. R. V., & Rodrigues-Junior, J. F. (2010). Confiabilidade dos julgamentos de avaliadores de prova escrita na seleção para o mestrado. *Estudos em Avaliação Educacional*, 21(46), 363-373.
- Saramago, J. (2000). *A Caverna* (2a Edição). Lisboa: Editorial Caminho.
- SAÚDE, R.-R. I. D. I. P. (2009). *Demografia e saúde - Contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília/DF: OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde do Brasil.
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2002). *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. d. (2010). Psicologia positiva e os instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. *Psicologia: reflexão e crítica*, 23(3), 440-448.
- Seibel, B. L., & Poletto, M. (2016). Psicologia Positiva: História e Futuro. In B. L. Seibel, H. Poletto, & S. H. Koller (Eds.), *Psicologia Positiva: Teoria, Pesquisa e Intervenção* (pp. 9-12). Curitiba: Juruá.

- Seibel, B. L., Poletto, H., & Koller, S. H. (2016). A ciência do bem-estar e a Psicologia Positiva. In B. L. Seibel, H. Poletto, & S. H. Koller (Eds.), *Psicologia Positiva: Teoria, Pesquisa e Intervenção* (pp. 59-72). Curitiba: Juruá.
- Seibel, B. L., Poletto, H., Koller, S. H., & (Orgs). (2016). *Psicologia Positiva: Teoria, Pesquisa e Intervenção*. Curitiba: Juruá.
- Seligman, M. E. P. (1998). Ciências Sociais positivas (Discurso de posse de Martin Seligman na presidência da American Psychological Association). In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Psicologia Positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas* (pp. 444-446). Porto Alegre: Artmed.
- Seligman, M. E. P. (2002). Felicidade autêntica: usando uma nova Psicologia para a realização permanente. Rio de Janeiro: Editora Objetiva.
- Seligman, M. E. P. (2011). Florescer: uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Senger, A. E. V., Ely, L. S., Gandolfi, T., Schneider, R. H., Gomes, I., & De Carli, G. A. (2011). Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 14(4), 713-719.
- Silva, C. C., Gomes, L. G. S., Freitas, C. M. S. M., França, I. S. X., & Oliveira, R. C. (2013). Principais políticas sociais, nacionais e internacionais, de direito do idoso. *Estud. interdiscip. envelhec*, 18(2), 257-274.
- Silva, C. F. S., & Dias, C. M. S. B. (2016). Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 637-652.
- Silva, H. S., & Yassuda, M. S. (2013). Engajamento social, lazer e envelhecimento cognitivo. In L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, & R. M. Cosenza (Eds.), *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 428-437). Porto Alegre: Artmed.
- Silva, H. S., Lima, A. M. M., & Galhardoni, R. (2010). Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, v.14, n.35, p.867-77, out./dez. 2010
- Silva, L. C. C., Farias, L. M. B., Oliveira, T. S., & Rabelo, D. F. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*. ISSN 2176-901X, 15(2), 119-140.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia Positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Soares, E. C., & Tricate, C. (2015). *Onde está o idoso? Um estudo a respeito da ausência do idoso nas Instituições de Ensino Superior*. Trabalho apresentado na 12ª Mostra de Pós-graduação da Universidade de Santo Amaro, São Paulo.

- Socci, V. (2010). Religiosidade e o Adulto Idoso. In G. P. Witter (Ed.), *Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas* (pp. 87-101). Campinas/SP: Alínea.
- Stuart-Hamilton, I. (2008). *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução* (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Taunay, T., Gondim, F. d. A. A., Macedo, D. S., Moreira-Almeida, A., Gurgel, L. d. A., Andrade, L. M. S., & Carvalho, A. F. (2012). Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev Psiq Clín*, 39(4), 130-135.
- Teixeira, I. N. D., & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19(1), 81-94.
- Tolotti, M. (2007). A Estigmatização do Envelhecimento. In V. B. M. Herédia, D. R. S. Lorenzi, & A. A. Ferla (Eds.), *Envelhecimento, Saúde e Políticas Públicas* (pp. 33-45). Caxias do Sul/RS: Educs.
- Trench, B., & Rosa, T. E. d. C. (2011). *Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa* (Vol. 13): Instituto de Saúde.
- Turato, E. (2013). Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas (6a Edição ed.). Petrópolis/RJ: Vozes.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Ventura, M. M., & Bottino, C. M. C. (2001). Estudo de confiabilidade da versão em português de uma entrevista estruturada para o diagnóstico de demência. *Rev Ass Med Brasil*, 47(2), 110-116.
- von Simson, O. R. d. M., Neri, A. L., & Cachioni, M. (2003). *As múltiplas faces da velhice no Brasil*: Alínea Editora.
- WHO. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde.
- Wilde, O. (2012). *O retrato de Dorian Gray*. São Paulo: Editora Landmark.
- Zanon, C., Bardagi, M. P., Layous, K., & Hutz, C. S. (2014). Validation of the satisfaction with life scale to Brazilians: Evidences of measurement noninvariance across Brazil and US. *Social Indicators Research*, 119(1), 443-453.

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO DE QUALIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. **Número do participante:**

2. **Sexo:** () Masculino () Feminino

3. **Data de nascimento:** ____/____/____ - **Idade:** ____ anos

4. **Estado Civil:**

() Casado (a) () Solteiro (a) () Separado/Divorciado () União Estável () Viúvo

5. **Religião:**

() Católico () Evangélico () Espírita () Budista () Ateu () Outros: _____

6. **Escolaridade:**

() Não alfabetizado/Até 3ª série do Ensino Fundamental

() Até a 4ª Série do Ensino Fundamental Completo

() Fundamental completo

() Ensino Médio Completo

() Nível Superior Completo. Qual(is)? _____

7. **Coisas que você tem em sua casa:**

Itens	Quantidade
Televisão em cores	
Rádio	
Banheiro	
Automóvel	
Empregada Mensalista	
Máquina de lavar	
Vídeocassete e/ou DVD	
Geladeira	
Freezer (Aparelho independente ou parte de geladeira duplex)	

8. **Profissão:** _____

9. **Trabalha atualmente?** () Sim () Não

10. **Quantas horas por dia?** _____ horas

11. **Está aposentado?** () Sim () Não

12. **Aposentado há quanto tempo?**

() Há mais de 1 ano

() Entre um ano e três anos

() Entre três anos e cinco anos

() Entre cinco anos e dez anos

() Acima de dez anos

13. Após a aposentadoria, ficou sem trabalhar por quanto tempo?

- ☐ Nunca deixei de trabalhar
- ☐ Fiquei sem trabalhar por _____ meses/anos
- ☐ Nunca mais voltei a trabalhar

14. Gerou filhos? ☐ Sim – Quantos: _____ idades: _____ ☐ Não

15. Quantos filhos vivos? _____

16. Com quem mora atualmente? _____

17. Renda pessoal:

- ☐ de um a três salários mínimos
- ☐ de três a seis salários mínimos
- ☐ de seis a dez salários mínimos
- ☐ Acima de dez salários mínimos

18. Conte-me, de forma resumida, qual a sua rotina diária durante a semana.

19. Conte-me, de forma resumida, qual a sua rotina aos finais de semana.

20. Você pratica alguma atividade física?

- ☐ Não pratico
- ☐ Diariamente
- ☐ Pelo menos 1 vez por semana
- ☐ Pelo menos 1 vez a cada 15 dias
- ☐ Pelo menos 1 vez por mês
- ☐ Pelo menos 1 vez a cada dois meses

21. Que tipo de atividade física?

22. Com quem?

23. Além da atividade física, você pratica alguma atividade de lazer com regularidade?

- ☐ Não pratico
- ☐ Diariamente
- ☐ Pelo menos 1 vez por semana
- ☐ Pelo menos 1 vez a cada 15 dias
- ☐ Pelo menos 1 vez por mês
- ☐ Pelo menos 1 vez a cada dois meses

24. Que tipo de atividade de lazer você mais pratica?

25. Com quem?

26. Se você tivesse a oportunidade de definir o envelhecimento, a partir da sua experiência, utilizando apenas uma palavra, qual seria esta palavra?

27. Suponha que você tenha agora a oportunidade de entregar à sociedade, especialmente aos mais jovens, uma mensagem pessoal a respeito do envelhecimento. Em poucas palavras, o que você falaria?

**INSTRUÇÕES PARA A COLETA DE DADOS DA PESQUISA:
“O IDOSO DE BEM COM A VELHICE: UMA INVESTIGAÇÃO ENVOLVENDO IDOSOS QUE RELATAM O
ENVELHECIMENTO COMO SATISFATÓRIO”**

INSTRUÇÕES PARA A APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA:

1. Em todos os instrumentos deve conter, no canto superior da folha, o seu número de identificação como aluno pesquisador. Sua identificação é imprescindível.
2. Não se esqueça de preencher o número do participante em todos os instrumentos;
3. Marque antecipadamente o dia e horário da aplicação;
4. Cuidado na seleção dos participantes. Não aplique o questionário em parentes consanguíneos (pais, avós, bisavós, etc);
5. Sempre inicie a aplicação com a coleta da assinatura do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE). Sem este termo não podemos considerar os dados dos participantes na pesquisa.
6. O primeiro instrumento a ser aplicado deve ser, obrigatoriamente, o QUESTIONÁRIO DE QUALIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA;
7. Observe que as questões abertas do QUESTIONÁRIO DE QUALIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA (questões 18, 19 e 27) precisam ser bem exploradas a fim de evitar respostas muito curtas. O objetivo destas questões é dar oportunidade ao participante para ele se expressar de maneira mais ampla, relatando suas experiências
8. Ao aplicar os questionários, observe se o idoso apresenta alguma dificuldade no preenchimento. Se você perceber alguma dificuldade, leia as questões em voz alta e assinale você as respostas no instrumento. No entanto, tome todo o cuidado para não induzir a resposta do participante. Todo cuidado é pouco para não influenciar o padrão de respostas dos participantes;
9. Observe, na aplicação, que nenhuma questão dos instrumentos (Qualidade de Vida, Satisfação de Vida, Escala de Religiosidade) pode ficar em branco ou sem resposta; quando isso ocorre, o instrumento é descartado!
10. O Instrumento WHOQOL-OLD precisa, obrigatoriamente, ser aplicado com o WHOQOL-ABREVIADO (O instrumento que você está recebendo já inclui os dois questionários);
11. Se perceber que o idoso está cansado e isso está contaminando a qualidade das respostas, proponha o encerramento da aplicação e um outro dia para a continuidade do trabalho. Você pode dividir a aplicação em dois momentos distintos, dois dias, por exemplo.
12. Quando for para a entrevista, leve o jogo completo de instrumentos, de forma organizada, a fim de garantir uma boa aplicação. Lembre-se que o protocolo de pesquisa somente será considerado completo se contiver todos os instrumentos devidamente preenchidos.
13. Apenas os protocolos de pesquisa completos servirão para a pesquisa. O protocolo completo precisa conter: TCLE (Assinado) e os seguintes instrumentos devidamente preenchidos: Questionário de Qualificação, WHOQOL-OLD e ABREVIADO (Qualidade de Vida), Inventário de Satisfação de Vida e Índice de Religiosidade da Universidade DUKE.

Muito obrigado pela sua contribuição!!!

Prof. Esny Cerene Soares – Pesquisador Responsável

COMPROMISSO DE ALUNO-PESQUISADOR

NOME: _____

RA: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

RG: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____

Email: _____

TELEFONES: _____(RES) _____(CEL)

COMPROMISSO:

Eu me comprometo a aplicar os instrumentos da pesquisa “O IDOSO DE BEM COM A VELHICE: UMA INVESTIGAÇÃO ENVOLVENDO IDOSOS QUE RELATAM O ENVELHECIMENTO COMO SATISFATÓRIO” observando todas as instruções que recebi do Pesquisador Prof. Esny Cerene Soares, e garanto que:

1. Aplicarei os instrumentos de pesquisa exclusivamente no público da pesquisa (Idosos com idade superior a 70 anos, que não estejam abrigados ou asilados)
2. Agirei sempre de forma ética, respeitando o participante da pesquisa em todos os aspectos;
3. Preencherei todos os dados dos formulários de forma fidedigna, sem incluir, omitir ou alterar dados dos entrevistados;
4. Não entrevistarei parentes consanguíneos (pais, avós, bisavós);
5. Comunicarei expressamente ao responsável pela pesquisa toda e qualquer peculiaridade ou dificuldade encontrada durante qualquer parte do processo da pesquisa;
6. Entregarei ao Pesquisador Prof. Esny Cerene Soares todos os formulários de pesquisa que recebi, inclusive os que não foram utilizados.

São Paulo, ____ de setembro de 2016.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estes esclarecimentos estão sendo apresentados para solicitar a sua participação livre e voluntária, na pesquisa ***“O IDOSO DE BEM COM A VELHICE: UMA INVESTIGAÇÃO ENVOLVENDO IDOSOS QUE RELATAM O ENVELHECIMENTO COMO SATISFATÓRIO”***, que será realizada pelo pesquisador **Esny Cerene Soares**, como parte do seu doutorado em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – Programa Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Eda Marconi Custódio.

A presente pesquisa poderá ajudar muito na compreensão de como o envelhecimento é entendido pelo idosos, a partir do relato e das observações de idosos como você, contribuindo com a ciência, especialmente com a Psicologia, no sentido de se entender melhor o fenômeno do envelhecimento e a maneira como os idosos o encaram.

Assim, o objetivo do presente estudo é investigar as características de vida próprias de idosos que entendem o envelhecimento como satisfatório, buscando compreender a sua dinâmica de relações interpessoais e intrapessoais, bem como avaliar os fatores biopsicossociais que estão associados a uma vivência positiva do envelhecimento, investigando o quanto a Qualidade de Vida, a Satisfação de Vida e a vivência da espiritualidade estão associados, como fatores determinantes, à vida daqueles que relatam o envelhecimento com satisfatório.

Você é convidado a participar da presente pesquisa respondendo a um questionário sociodemográfico, que serve para traçar o seu perfil em termos gerais, e também respondendo às questões do Inventário de Qualidade de Vida, do Inventário de Satisfação de Vida e de uma Escala que mede religiosidade.

A aplicação do questionário e dos inventários será realizada pelo pesquisador Esny Cerene Soares e você é livre para deixar de responder a qualquer pergunta que não desejar responder e também poderá interromper a sua participação a qualquer momento.

É possível que você seja convidado a participar desta mesma pesquisa numa segunda oportunidade. Neste caso, você será contatado e, aceitando, responderá a uma entrevista que consistirá em falar a respeito de alguns quadros de papel que apresentam imagens. Apenas para esta segunda entrevista, pedimos a sua autorização para que a conversa seja gravada e garantimos que, em nenhuma hipótese, sua gravação será exposta, sua voz veiculada de qualquer forma, servindo a gravação apenas para a finalidade de transcrição das suas respostas.

Todos os dados do questionário de perfil e também os dados de qualquer das entrevistas serão mantidos em absoluto sigilo e, de maneira nenhuma, você será identificado.

O risco da presente pesquisa, para você participante, é mínimo, podendo eventualmente algumas questões causar desconforto ou constrangimento, e, caso isso ocorra, você não está obrigado ou coagido a responder. Neste caso, como afirmado acima, você poderá, se desejar, interromper imediatamente a entrevista e a sua participação na pesquisa.

A presente pesquisa não trará benefício direto a você, mas poderá contribuir para a sociedade em geral na medida em que as suas respostas ajudarão na ampliação na compreensão de diversos fatores psicossociais que envolvem o processo de envelhecimento. Ou seja, os benefícios para você e a para a sociedade serão indiretos.

É garantido a você o acesso, em qualquer etapa do estudo, ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou informações sobre os resultados parciais da pesquisa.

O pesquisador responsável é **Esny Cerene Soares**, que pode ser encontrado no seguinte endereço: Rua Isabel Schmidt, 349 - Santo Amaro, São Paulo - SP, 04743-030 - Telefone: 11 2141.8881 – Email: esoares@unisa.br. A Profa. Dra. **Eda Marconi Custódio**, orientadora da pesquisa, poderá ser encontrada no seguinte endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco E, 2º andar - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP. E-mail: edamc@cebinet.com.br - Telefone: (11) 3091-4352.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP) - Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP. E-mail: ceph.ip@usp.br Telefone: (11) 3091-4182.

Salientamos que é garantida a sua liberdade da retirada deste consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de qualquer benefício que você tenha obtido junto à Instituição, antes, durante ou após o período deste estudo. Se, por algum motivo, você pretender retirar seu consentimento, poderá fazê-lo diretamente ao Pesquisador Responsável: Esny Cerene Soares - Rua Isabel Schmidt, 349 - Santo Amaro, São Paulo - SP, 04743-030 Telefone: 11 2141.8881

As informações obtidas pelo pesquisador serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, e garantimos que **não será divulgada a identificação** de nenhum deles.

Nessa pesquisa não há **despesas pessoais** para você em qualquer fase do estudo. Também não há **compensação financeira** relacionada à sua participação. E, havendo qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal diretamente relacionado aos procedimentos deste estudo (nexo causal comprovado), a qualquer tempo, fica **assegurado a você o respeito a seus direitos legais**, bem como procurar obter **indenizações** por danos eventuais.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo, ____/____/____

Esny Cerene Soares

Se você concordar em participar desta pesquisa, por favor, assine no espaço determinado abaixo e preencha abaixo o seu nome.

Planilha enviada aos Juízes - “Envelhecimento em uma palavra”

Pergunta: "Se você tivesse a oportunidade de definir o envelhecimento, a partir da sua experiência, utilizando apenas uma palavra, qual seria esta palavra?". Cada quadro abaixo expressa uma resposta que um idoso deu à pergunta acima. Diante de cada resposta, você acha ela expressa uma percepção "POSITIVA", "NEGATIVA" ou "NEUTRA" do envelhecimento?		Por favor, classifique a resposta com: P = Positivo N = Negativo NN = Neutro
1	Felicidade	
2	Sendo com saúde, uma fase normal da vida	
3	Tranquilidade	
4	Capacidade	
5	Aprendizado	
6	Sabedoria	
7	Casamento	
8	Feliz	
9	Família	
10	Felicidade	
11	Triste	
12	Idade	
13	Cansativa e Triste	
14	Muito Ruim	
15	Satisfeito	
16	Saúde	
17	Agradecimento	
18	Envelhecer não presta	
19	Bom	
20	Muito bom	
21	Besteira (Eu já deveria ter morrido)	
22	Qualidade de Vida	
23	Ruim	
24	Bom	
25	Faz parte da vida	
26	Ruim	
27	Sabedoria	
28	Sabedoria	
29	Amor	
30	Ótima	

31	Feliz	
32	Feliz	
33	Não envelhecer a mente	
34	Conhecimento	
35	Experiência Boa	
36	Agradável	
37	Muito Bom	
38	Não é bom	
39	Saúde	
40	Alegria	
41	Medo	
42	Felicidade	
43	Felicidade	
44	Alegria	
45	Prazeroso	
46	Maravilhoso	
47	Gratidão	
48	Prazer	
49	Ótimo	
50	Sabedoria	
51	Ruim	
52	Alegria	
53	Lamentável	
54	Desilusão	
55	Esporte	
56	Ruim	
57	Trabalho	
58	Amadurecimento	
59	Surpreendente	
60	Conhecimento	
61	Ótima	
62	Perseverança	
63	Sabedoria	
64	Sabedoria	
65	Viver Bem	
66	Aparência	

67	Natural	
68	Ruim	
69	Aceitação	
70	Sabedoria	
71	Vivência	
72	não declarou	
73	Normal	
74	Felicidade	
75	Experiência	
76	Diversão	
77	Alegria	
78	Ótima	
79	Felicidade	
80	Saúde	
81	Amor	
82	Passagem	
83	Experiência Positiva	
84	Muito Bom	
85	Coisa de Deus	
86	Sabedoria	
87	Felicidade	
88	Sabedoria	
89	Amor	
90	Não Declarou	
91	Experiência	
92	Experiência	
93	Amor	
94	Péssima	
95	Experiência	
96	Experiência	
97	Experiência	
98	Surpreendente	
99	Esclarecimento	
100	Vitória	
101	Felicidade	
102	Tranquilo	

103	Vida	
104	Estudo	
105	Saúde	
106	Conscientização	
107	Prazerosa	
108	Bênção	
109	Boa	
110	Bênção	
111	Experiência	
112	Conhecimento	
113	Prazeroso	
114	Felicidade	
115	Disposição	
116	Tolerância	
117	Felicidade	
118	Ruim	
119	Aprendizagem	
120	Paciência	
121	Cansaço	
122	Choque	
123	Satisfação	
124	Amadurecimento	
125	Sentir-se Bem	
126	Tranquilo	
127	gratificante	
128	Oportunidade	
129	Saúde	
130	Experiência	
131	Ótimo	
132	Agradecimento	
133	Não sei	
134	Boa	
135	gratificante	
136	Ótima	
137	Sensibilidade	
138	Sabedoria	

139	Ingrato	
140	Satisfatório	
141	Experiência	
142	Sabedoria	
143	Sabedoria	
144	Ruim	
145	Tristeza	
146	Aprendizado	
147	Aprendizado	
148	Aprendizado	
149	Bom	
150	Cansativo	
151	Difícil	
152	Felicidade	
153	Campaixão	
154	Única Certeza	
155	Conclusão	
156	Descrédito	
157	Saúde	
158	Experiência	
159	Alegria	
160	Viver	
161	Saúde	
162	Aprendizado	
163	Lamentável	
164	Boa	
165	Realização	
166	Monótona	
167	Melhor Fase	
168	Triste	
169	Dedicação	
170	Boa	
171	Surpresa	
172	Boa	
173	Proveitosa	
174	Viver mais	

175	Respeito	
176	Alimentação	
177	Ajudar	
178	Ótimo	
179	Horrível	
180	Independência	
181	Abandono	
182	Paz	
183	Doença	
184	Vida	
185	Dificuldade	
186	Preocupação	

Planilha enviada aos Juízes - “Mensagem à Sociedade”

<p>Pergunta: "Suponha que você tenha agora a oportunidade de entregar à sociedade, especialmente aos mais jovens, uma mensagem a respeito do envelhecimento. Em poucas palavras, o que vocêalaria?". Cada quadro abaixo expressa uma resposta que um idoso deu à pergunta acima. Diante de cada resposta, você acha ela expressa uma percepção "POSITIVA", "NEGATIVA" ou "NEUTRA" do envelhecimento?</p>		<p>Por favor, classifique a resposta com:</p> <p>P = Positivo N = Negativo NN = Neutro</p>
1	Não faça coisas ruins, nem pra você nem para os outros, para que possa chegar à minha idade.	
2	Curta bem a sua mocidade para no futuro ter algo para contar	
3	Deem valor ao que têm, trabalhem, estudem e aproveitem o máximo a juventude, porque o tempo passa muito rápido e que sejam sempre dignos e honestos em tudo na vida.	
4	Procure entender os mais velhos. A falta ou diminuição da capacidade física e/ou mental do idoso é lenta, mas continua tornando-o dependente, o que lhe deixa extremamente aborrecido.	
5	Vamos aprender até morrer, sem aprender tudo.	
6	Sejam pacientes e alcançarão o seu objetivo.	
7	Não tem como ser feliz sem Jesus.	
8	Estudar, tomar cuidado com as falsas amizades, respeitar e ouvir os mais velhos.	
9	Coragem para trabalhar.	
10	Trabalhem para serem felizes mais adiante.	
11	Aproveitem a mocidade, estudem muito, para no final não sofrer como eu.	
12	Ser idoso é a coisa mais maravilhosa do mundo	
13	Cuidem-se para terem uma boa velhice.	
14	Aproveitar a juventude, trabalhar, ser honesto e não usar drogas.	
15	Ajam com sabedoria e deem valor à vida.	
16	Não se envolvam com drogas ou algo que faça perder seu caráter.	
17	Procurar estudar para ter um futuro.	
18	Eu diria para eles se cuidarem, como eu estou fazendo: me cuidando para chegar aonde cheguei, pois tenho netos e seis bisnetos. Isto para mim é vida.	
19	Cuidado com baladas, drogas, bebidas. Isso só faz perderem o tempo.	

20	Busquem a Deus, andem com pessoas boas e sejam pessoas obedientes e amorosas com os mais velhos,	
21	Não se casem. Casei há 50 anos e me arrependo até hoje. Eu nunca fui feliz.	
22	Tenham muita luta e fé em Deus.	
23	Plantem para colher depois.	
24	Não soube responder	
25	Envelheçam com sabedoria.	
26	Respeitem os mais velhos. Cuidado porque serão idosos.	
27	Tenham coragem para ir à luta como eu fui. Levantem cedo. Não tenham medo de enfrentar a vida.	
28	É um dado inevitável da vida. É preciso compreender este momento. É uma fase de transição. Vivam o momento presente para que aproveitem as oportunidades.	
29	Sejam humildes, pratiquem esportes e façam o bem.	
30	Trabalhem e se divirtam.	
31	Trabalhem para se aposentar e não depender dos outros.	
32	Saúde.	
33	Vale a pena envelhecer.	
34	A vida é curta.	
35	Tenham uma vida saudável, trabalhem e respeitem as pessoas.	
36	É preciso tomar cuidado e viver com saúde, pois só assim terá alegria.	
37	Conserve a vida, preserve a saúde.	
38	Desejaria ter um envelhecimento saudável, sem dor.	
39	Respeitem os seus semelhantes e, se não puderem ajudar, não atrapalhem.	
40	O tempo é o nosso melhor remédio.	
41	Estudem, tenham educação e respeito.	
42	Não maltratem os idosos, pois este é o futuro de todos.	
43	Vivam bem, respeitem e serão respeitados.	

44	Se conformar com o envelhecimento e se sentir bem com isso.	
45	Vivam sempre intensamente.	
46	Viver a vida sem extravagância, para viver a velhice com saúde.	
47	Estude sempre. Procure sabedoria e não só informação. Desfrute dessa oportunidade que nos foi dada graciosamente, sem esperar soluções mágicas, mas sem desprezar sonhos por medo de não conseguir realizá-los. Nossa capacidade é maior do que inicialmente imaginamos, basta querer e tentar seriamente. Normalmente (é minha impressão), o universo conspira para os finais felizes.	
48	Falaria aos jovens para nunca se afastarem da família para que, quando forem idosos, serem felizes como eu.	
49	Não tenham medo de envelhecer.	
50	Façam tudo com amor e a justiça estará sempre lhe amparando.	
51	Este mundo está cheio de mentiras e falsidades, enganações, espertezas, não dá pra confiar em nada. Inclusive no que está escrito na nossa bandeira. O nosso regime quase que se assemelha a uma demoniocracia! Dou pleno direito a trabalhos forçados e pena de morte para os crimes hediondos. Justiça mais rápida e dura de verdade. Banir as drogas. Melhorar o ensino e a saúde. Exportar produtos acabados e não matéria prima - isto dá emprego. Estados Unidos só têm 8 anos mais velho que o Brasil (1492-1500) mas vejam a diferença.	
52	Fiquem longe das drogas e das bebidas. Sejam mais patriotas e politizados. Respeitem os mais velhos. Estudem o máximo que puderem.	
53	Cuide-se para envelhecer com saúde. Prepare sua vida financeira pra o envelhecimento. Faça muitos amigos e cultive-os. Tenha um trabalho voluntário que lhe dê satisfação e que possa exercer na velhice. Mantenha a mente sempre ocupada. Faça atividades com as mãos para não perder habilidades.	
54	Vale a pena perder as ilusões.	
55	Pratique esporte. Não fume, não beba, não use drogas lícitas nem ilícitas e seja contra as diferenças.	
56	Estude bastante, não use drogas e aproveite bem as oportunidades.	
57	O envelhecimento é algo que deixa a gente frustrado, pois não conseguimos fazer as mesmas coisas de antes.	
58	Aproveite a juventude para praticar o bem, porque a vida é curta.	
59	Aprenda a ser verdadeiro, principalmente consigo mesmo. O tempo passa rápido e as surpresas a serem vencidas são desafios imensos que tentarão para o bem e para o mal.	
60	Se preparem muito bem, com educação e respeito. Trilhem caminhos para envelhecer com dignidade e peçam a Deus saúde e paz.	
61	Temos que aprender a envelhecer, a nossa vida é um ciclo, vivemos por etapas.	
62	Que os jovens tenham mais calma e respeito pela terceira idade, para que os jovens tenham uma vida saudável e com saúde, e respeitem os direitos do próximo.	
63	A velhice chega para todos. Temos que aceitar e levar a vida para a frente.	
64	Jamais envelhecer a mente.	

65	Não desperdice a juventude.	
66	Aproveite a vida que ela é curta.	
67	Aconselharia aos jovens fazerem exercícios, consumirem alimentos saudáveis para não sofrerem no envelhecimento.	
68	Vá pra a frente.	
69	Aceitar a realidade da vida, conservando os bons princípios de caráter e modificando a vida. Cuidar bem da alimentação, não se prender aos meios eletrônicos, procurar dar limites aos seus anseios, amar muito e com seu talento e coragem procurar melhorar este país tão promissor, mas maculado pela corrupção, vandalismo e falta de caráter, honestidade, são das autoridades, mas infelizmente de todos quase totalmente. Usar a liberdade sem a libertinagem. Preparar a o mundo melhor para as futuras gerações. Lema: Educação é fonte de saúde, segurança, progresso, riqueza e tudo na vida provém desta palavra. Faça sua parte.	
70	Faça tudo para ter um futuro feliz.	
71	Aproveite a vida enquanto você é moço.	
72	Aproveite a vida sem exageros, porque ficar idoso é horrível.	
73	Devemos aceitar a vida como ela é. Encarar de frente as adversidades sempre.	
74	Aproveite o momento, porém tenha cautela em suas ações	
75	A tolerância e experiência fazem parte do amadurecimento da pessoa, o conhecimento nunca envelhece	
76	Envelhecer é muito bom	
77	Diria para todos os jovens que fossem mais alegres, que se dedicassem aos estudos, que sejam responsáveis e tomem cuidado pois a vida hoje não está fácil. Ainda para aqueles que querem uma família, ter filhos, cuidar da saúde para que mais velhos não tenham problemas e até doenças.	
78	Cuide da saúde e se preparem financeiramente para viver uma velhice mais tranquila.	
79	Estudem bastante para terem tranquilidade na velhice e aproveitar a vida.	
80	Não fumar, conservar a saúde, procurar não fazer nada que complique a saúde.	
81	Estudem e sejam honestos.	
82	Estudem e tenham educação.	
83	Tenham bom comportamento e respeitem para serem respeitados.	
84	Gostaria que os jovens respeitassem os idosos porque um dia eles vão chegar lá.	
85	Quando vier a velhice, se conformar porque faz parte, quando chegar é porque faz parte da natureza.	

86	Os jovens deveriam procurar mais a sabedoria com Deus e entendimento e seguir os bons caminhos.	
87	Aproveitem a vida, ela é muito boa. O jovem tem muita coisa para aproveitar. É só correr atrás.	
88	Para os jovens se prepararem para a velhice de forma sábia, guardando dinheiro para aproveitar.	
89	Valorize a sua família, os amigos e a comunidade em que vive.	
90	Não declarou	
91	Continue com sua identidade plena, vivendo-a de acordo com os limites dados pela idade.	
92	Que não receba a velhice com cara feia, que seja sempre feliz, porque a velhice há de chegar um dia.	
93	Pensar no futuro, não usar drogas, trabalhar, procurar estudar para ter uma velhice sadia.	
94	Se cuidem.	
95	Procurar fazer o bem, que se tenha juízo para envelhecer, não procurar magoar as pessoas, o que você não quer para você não deseje para o próximo.	
96	Fazer atividades físicas e não entrar nas drogas nem bebidas.	
97	Fazer atividades físicas, saber comer, estudar, saber aproveitar as oportunidades.	
98	A pessoa é quem determina o rumo que sua vida levará. Pensem no futuro.	
99	Tomar mais cuidado com seu estado de saúde, continuem o estudo, tenham mais amor ao próximo e mais carinho com as pessoas de casa.	
100	Sejam mais educados com as pessoas idosas e ajudem a quem precisa sem mau-humor e de coração.	
101	Respeitem os mais velhos porque um dia vocês chegarão lá também.	
102	Saiba envelhecer respeitando os limites.	
103	Viva bem, respeite as pessoas, faça o que achar correto sem desrespeitar ninguém. Seja feliz e se sinta bem.	
104	Sejam honestos, respeitem seus pais, estudem e tenham uma profissão e se esforcem sem roubar nada de ninguém.	
105	Eu gostaria que eu ainda pudesse conversar com os jovens sobre o que possuí e vivenciei de bom nessa vida. Amo contar minha história de vida para a juventude, mas hoje em dia o mundo é tecnológico e dificultou o vínculo de conversa.	
106	Cuida bem da juventude, da saúde, inteligência e visão de futuro. O amanhã será diferente. Se você plantar bem uma semente, amanhã colherá bons frutos.	
107	Tenham maturidade para terem experiência de vida.	
108	Respeitem aos pais e à sociedade.	

109	Respeitem o próximo.	
110	Procurar viver com saúde e sem vícios.	
111	Nunca deixe a alegria da criança morrer em seu coração. Curta cada etapa da sua vida.	
112	Estudar muito para ter uma velhice saudável.	
113	Conservar mais a vida e valorizar mais os pais.	
114	A vida deve ser levada com felicidade em todos os momentos	
115	Jovens, tomem juízo, não sejam extravagantes, honrem seu pai e sua mãe que os últimos dias serão felizes.	
116	Respeitem as limitações dos outros e tenham tolerância.	
117	O envelhecimento depende de cada pessoa. Tenho 90 anos e me sinto bem com a vida que tive. Temos de viver com alegria sempre.	
118	Falaria que o envelhecimento tem seu lado bom e ruim e antes de chegar na fase do envelhecimento deve-se fazer o que é bom.	
119	Respeitar as pessoas e não mexer com o que é dos outros.	
120	Trabalhe, seja paciente com as pessoas e se esforce. Aprenda uma profissão, pois assim, mesmo sem estudo, conseguirá se virar.	
121	Não andem no caminho do mal e sejam felizes.	
122	O envelhecimento precisa ser aceito pelo coração, pois não tem jeito, é assim mesmo.	
123	Aproveitar a vida ao máximo, estudar e correr atrás de todas as oportunidades que eu não tive.	
124	Devemos ter uma juventude vivida de forma consciente, sem abusos ou excessos para termos um envelhecimento tranquilo e com saúde.	
125	Respeitar a todos, não dar prejuízo a ninguém e andar direito.	
126	Se está ficando velho, aproveite.	
127	Seja uma pessoa honesta e ande do lado direito.	
128	Saber aproveitar a vida, sabendo diferenciar as coisas boas e ruins da vida.	
129	Não se envolver com drogas.	
130	Respeite os idosos, pois um dia você será um.	
131	Trabalhar e acreditar sempre.	

132	Quando somos jovens, esquecemos que podemos envelhecer. O mais importante é a família e a saúde e dispor de uma aposentadoria, pois não sabemos o que pode nos ocorrer. Acho que o trabalho é muito importante e mais ainda se se fizer o que se gosta. Não falar da vida alheia e nem criticar as pessoas. Todos somos imperfeitos e estamos neste planeta para tentar melhorar. Fui jovem, errei e não posso aconselhar, mas deixo uma mensagem: quando não podemos resolver um problema, vamos entregar nas mãos do Pai (mesmo os ateus acreditam em alguma energia).	
133	Se divertir bastante e aproveitar a vida.	
134	A velhice é um estado de vida boa.	
135	Se cuide hoje para ficar bem quando estiver velho.	
136	A velhice é um estado de alegria.	
137	Devem se preparar cultural e musicalmente.	
138	Na escola da vida não há férias.	
139	Que os jovens devem procurar respeitar os idosos e buscar entendê-los, pois os velhos são o espelho dos jovens de amanhã.	
140	Eu sou feliz com a idade avançada. Eu sinto prazer com a minha idade.	
141	Cuidado com o corpo, a mente e o espírito!	
142	Amem seus pais.	
143	Respeitem os velhos.	
144	Envelhecer com saúde é muito bom. Ver idosos doentes é muito triste. A saúde é a alavanca principal do viver bem. Sem saúde não se faz nada. Cuidem bem da sua saúde.	
145	Não abandonem seus pais.	
146	Os jovens devem ouvir os mais experientes para serem felizes, ter uma vida saudável, diversão saudável, para ter uma vida feliz. O aprendizado é muito válido. Sou privilegiado porque sou saudável, posso fazer o que quero. Tenho só a agradecer.	
147	Envelhecer faz parte da vida. Precisamos aprender a envelhecer, adaptando-nos.	
148	Nós estamos na melhor idade, chamada de "juventude acumulada".	
149	A velhice pode ser boa, cultive bons hábitos.	
150	Cuidem da saúde física e mental.	
151	Aproveitem a mocidade porque envelhecer é difícil.	

152	Pra mim a velhice é um estado de vida. Sou muito feliz com a idade que tenho.	
153	Aproveitar com sabedoria.	
154	Viva todos os dias e anos da sua vida intensamente.	
155	A qualidade do envelhecimento ajuda a definir a conclusão.	
156	Sempre manter o foco em sua atividade, pensando em exercê-la até que você possa sentir-se útil. O meu pai, que sempre trabalhou, quando um dos filhos dizia para ele se aposentar, ele falava: "Minha aposentadoria será meu atestado de óbito".	
157	Que os jovens tenham paciência, muito amor, compreensão e cuidem da saúde.	
158	Ouvir, respeitar, dialogar, aproveitar a vivência do idoso.	
159	Viva bem o hoje porque o amanhã virá.	
160	Trabalhar sempre e bem viver.	
161	Não sejam tão ansiosos.	
162	Viver sem medos. Aprender a meditar para saber quem somos e por que fazemos as coisas. Fazer o que gostar. Ter fé nas próprias forças e fazer milagres (Fé no Deus que está dentro de nós).	
163	Prepare-se para o envelhecimento, porque o negócio não é mole, não!	
164	Eu diria que a vida começa a cada amanhecer e o amor fortifica a nossa alma. Ame sempre.	
165	Que com a velhice você aprende a ser mais tolerante, paciente e humilde. Coisas que quando é jovem você não vê e não entende da mesma forma.	
166	É uma fase limitada, onde na maior parte do tempo não se tem ajuda e nem disposição para fazer o que se gosta ou precisa.	
167	Saber viver, saber respeitar para poder envelhecer feliz.	
168	Aproveitar a vida, passear e se divertir.	
169	Estudem mais, tenham mais interesse, principalmente pela vida, abandonem a falta de iniciativa e a falta de diálogo com os pais, tenham tempo para a família, para passear e viajar.	
170	Para o jovem cuidar mais da saúde, procurar se alimentar bem e levar uma vida feliz.	
171	Continue sua vida conjugal sempre priorizando seu cônjuge e básicos meios de sobrevivência confortável.	
172	Trabalhar, viver em paz e andar pra frente. "Já fui jovem e cheguei até aqui".	
173	Cuidem bem da sua família, valorizem seus pais e sejam amorosos.	

174	Muitas experiências, aprendi muito.	
175	Que estudem, trabalhem honestamente e envelheçam direito com respeito para assim receber do outro ao seu redor.	
176	Cuidem mais da saúde, façam boas amizades, tenham mais amor com seus pais, familiares e o meio social, além de saber viver sem o uso de drogas, preconceitos, desrespeito, tendo consciência de seus atos, respeitando a todos, fazendo o bem para si mesmo, Ser agradecido por tudo e especialmente às pessoas que passaram e passarão pelo seu caminho.	
177	Doar.	
178	Respeitem o próximo.	
179	Todo mundo deve ter uma ocupação antes da velhice.	
180	Sintam-se bem com a velhice.	
181	Ter amor, carinho e aproveitar a vida.	
182	Aproveitem a vida e estudem.	
183	Que respeitem os mais velhos porque todos irão envelhecer um dia.	
184	Cuidem da saúde para envelhecer bem.	
185	Não queiram ficar velhos.	
186	Aproveite a vida. A idade chega e quando chega você percebe que ficou muita coisa pra fazer.	

ANEXOS

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O IDOSO DE BEM COM A VELHICE: UMA INVESTIGAÇÃO ENVOLVENDO IDOSOS QUE RELATAM O ENVELHECIMENTO COMO SATISFATÓRIO

Pesquisador: Esny Cerene Soares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57297516.6.0000.5561

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.681.093

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de doutorado do pesquisador, vinculado ao PSA e já qualificado, que busca compreender os aspectos psicológicos e sociais que estão envolvidos com idosos que nutrem uma visão satisfatória do processo de envelhecimento, entendendo que uma boa qualidade de vida é importante para um envelhecimento bem sucedido. Serão entrevistados cerca de 100 idosos, acima de 70 anos, entre homens e mulheres que farão de entrevistas com aplicação de um questionário sociodemográfico para qualificar a amostra e aplicação de questionários de autopreenchimento (Inventário de Qualidade de Vida, Escala de Satisfação de vida do Laboratório de Mensuração da UFRGS, Inventário de Religiosidade de DUKE - DUREL. A amostra será da conveniência do pesquisador. A partir destes resultados, serão selecionados 20 participantes, sendo 10 dentre os que obtiveram pontuação mais elevada no Inventário de Qualidade de Vida e 10 dentre os obtiveram pontuação mais baixa no referido Inventário. Os 20 participantes serão submetidos ao Teste de Apercepção Temática para Idosos - SAT, e especificamente serão aplicadas as pranchas 03, 06, 08, 12 e 15.

Espera-se que a presente pesquisa ofereça material relevante para a compreensão dos fenômenos psicossociais que envolvem a experiência de idosos que nutrem uma relação positiva e satisfatória com o envelhecimento.

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: cep@usp.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.681.093

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da presente pesquisa são os seguintes:

- Investigar as características de vida próprias de idosos, buscando compreender a dinâmica de relações interpessoais e intrapessoais inerentes a esta amostra;
- Levantar, numa amostra de idosos, a pertinência dos princípios de desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson, a fim de se proceder uma releitura da velhice sob este enfoque teórico;
- Avaliar, numa amostra de idosos, fatores biopsicossociais que estejam associados a uma vivência positiva do envelhecimento, investigando o quanto a Qualidade de Vida e fatores psicológicos como a satisfação de vida e prática religiosa estão associados, como fatores determinantes, à vida de idosos que encaram o envelhecimento de maneira satisfatória.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador coloca que "os procedimentos desta pesquisa oferecem RISCO MÍNIMO, uma vez que serão utilizados questionários de autopreenchimento, respondidos de forma anônima e que não se realizará nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis psicológicas, fisiológicas ou sociais dos indivíduos que participarem do estudo. O

risco objetivo é de haver desconforto emocional ao responder alguma das questões dos instrumentos" e lidará com eventuais desconfortos, suspendendo imediatamente a aplicação "a fim de garantir o bem estar do participante, além de ser-lhe garantido e oferecido apoio psicológico em sessão destinada especificamente ao tratamento do desconforto".

Coloca como benefícios da pesquisa a possibilidade de oferecer descobertas relevantes quanto à Psicologia do Envelhecimento - ainda que não se vislumbre benefícios diretos aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Numa segunda etapa do trabalho de pesquisa, alguns sujeitos serão contatados novamente para uma atividade específica, ocasião em que serão aplicadas as pranchas 03, 06, 08, 12 e 15 do SAT. Especialmente nesta segunda etapa, as entrevistas poderão ser gravadas e o uso da gravação será unicamente visando à transcrição da entrevista.

Critério de Inclusão:

- Pessoas, entre homens e mulheres, com idade superior a 70 (setenta) anos.

Critério de Exclusão:

- Pessoas asiladas ou abrigadas em qualquer tipo de instituição de longa permanência de idosos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de apresentação obrigatória são apresentados de modo a permitir a análise ética

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.681.083

do projeto.

Recomendações:

Recomenda-se rever a redação da frase abaixo no TCLE:

"Nessa pesquisa não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. E, havendo qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal diretamente relacionado aos procedimentos deste estudo (nexo causal comprovado), a qualquer tempo, fica assegurado a você o respeito a seus direitos legais, bem como procurar obter indenizações por danos eventuais".

Sugere-se que seja reescrita numa linguagem mais simples e acessível, como: "...eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa serão ressarcidas" e "eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa serão indenizados" (deve-se garantir o ressarcimento, e não apenas o direito de procurar tal ressarcimento).

Rever a assinatura do TCLE - o pesquisador assina e o participante assina. É suficiente uma assinatura do pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atender às recomendações acima e notificá-las via plataforma Brasil, antes do início da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Se o projeto prevê aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPH de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEPH antes de ser implementada. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS o relatório final do projeto desenvolvido, conforme preenchimento de Protocolo disponível na página do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, do site do IPUSP. Em seguida, o protocolo preenchido deverá ser enviado ao CEPH pela Plataforma Brasil, ícone Notificação, logo que o mesmo estiver concluído.

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.681.093

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_711983.pdf	24/06/2016 10:53:51		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestrutura.pdf	24/06/2016 10:50:15	Esny Cerene Soares	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADOCEPIP.docx	24/06/2016 10:48:39	Esny Cerene Soares	Aceito
Outros	ReligiosidadeDuke.docx	10/05/2016 03:05:21	Esny Cerene Soares	Aceito
Outros	Question.docx	10/05/2016 03:01:26	Esny Cerene Soares	Aceito
Outros	EscalaSatisfacao.pdf	10/05/2016 02:59:49	Esny Cerene Soares	Aceito
Outros	PranchasSAT.pdf	10/05/2016 02:59:00	Esny Cerene Soares	Aceito
Outros	WHOQOLOLD.pdf	10/05/2016 02:56:20	Esny Cerene Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	10/05/2016 02:53:51	Esny Cerene Soares	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARAC.pdf	10/05/2016 02:52:25	Esny Cerene Soares	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	10/05/2016 01:07:11	Esny Cerene Soares	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 16 de Agosto de 2016

Assinado por:
Helena Rinaldi Rosa
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

CRITÉRIO
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

Bem alugado em caráter permanente

Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há mais de 6 meses

Bem alugado em caráter eventual

Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores.

Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo empregados mensalistas se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Máquina de Lavar

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semi-automáticas. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

Videocassete e/ ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira;

Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª.

porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	2 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações freqüentes do tipo "... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas

pelo critério é classe B..." não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (Valor Bruto em R\$)
		2008
A1	42 a 46	14.366
A2	35 a 41	8.099
B1	29 a 34	4.558
B2	23 a 28	2.327
C1	18 a 22	1.391
C2	14 a 17	933
D	8 a 13	618
E	0 a 7	403

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA

2008

CLASSE	Total Brasil	Gde. FORT	Gde. REC	Gde. SALV	Gde. BH	Gde. RJ	Gde. SP	Gde. CUR	Gde. POA	DF
A1	0,6%	1,0%	0,30%	0,5%	0,60%	0,30%	0,6%	1,1%	0,20%	1,5%
A2	4,4%	3,5%	3,3%	2,5%	3,2%	3,5%	5,2%	5,3%	4,9%	8,8%
B1	9,1%	5,2%	5,8%	6,8%	7,7%	7,7%	10,6%	13,4%	11,3%	13,6%
B2	18,0%	10,1%	10,9%	9,4%	16,1%	17,5%	20,6%	25,3%	22,9%	20,4%
C1	24,5%	14,6%	19,7%	17,5%	24,4%	26,7%	26,9%	23,3%	27,1%	22,0%
C2	23,9%	27,9%	27,6%	31,5%	23,8%	26,30%	21,8%	19,4%	21,0%	17,5%
D	17,9%	30,7%	28,1%	28,4%	23,0%	17,0%	13,8%	10,7%	11,9%	15,4%
E	1,6%	7,0%	4,3%	3,4%	1,4%	0,9%	0,6%	1,6%	0,8%	1,0%

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

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

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

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

old_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

old_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

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

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

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

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

old_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

old_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

old_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

old_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!

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(F23.3)	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

ESCALA DE SATISFAÇÃO DE VIDA

Laboratório de Mensuração da UFRGS

Instruções

Abaixo você encontrará cinco afirmativas. Assinale na escala abaixo de cada afirmativa o quanto ela descreve a sua situação pessoal. Não há respostas certas ou erradas, mas é importante você marcar com sinceridade como você se sente com relação a cada uma dessas afirmativas.

- 1) A minha vida está próxima do meu ideal.
Discordo plenamente _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _ Concordo plenamente
- 2) Minhas condições de vida são excelentes.
Discordo plenamente _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _ Concordo plenamente
- 3) Eu estou satisfeito com a minha vida.
Discordo plenamente _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _ Concordo plenamente
- 4) Até agora eu tenho conseguido as coisas importantes que eu quero na vida.
Discordo plenamente _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _ Concordo plenamente
- 5) Se eu pudesse viver a minha vida de novo eu não mudaria quase nada.
Discordo plenamente _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _ Concordo plenamente

Número do Participante:

Escala de Religiosidade da Universidade Duke - DUREL

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana	2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês	4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos	6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia	2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana	4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês	6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase mais se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim	2. Em geral é verdade
3. Não estou certo	4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade	

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim	2. Em geral é verdade
3. Não estou certo	4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade	

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim	2. Em geral é verdade
3. Não estou certo	4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade	