



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA -  
MESTRADO



---

**JÉSSICA SOBRINHO TEIXEIRA**

**QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E BEM-ESTAR: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE  
IDOSOS DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA NA CIDADE DE  
JUIZ DE FORA – MG**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Elisa Caputo Ferreira**

Juiz de Fora

2013



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA -  
MESTRADO



---

**JÉSSICA SOBRINHO TEIXEIRA**

**QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E BEM-ESTAR: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE  
IDOSOS DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA NA CIDADE DE  
JUIZ DE FORA – MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Jéssica Sobrinho Teixeira.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Elisa Caputo Ferreira

Juiz de Fora

2013

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Teixeira, Jéssica Sobrinho.

QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E BEM-ESTAR: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA NA CIDADE DE JUIZ DE FORA MG / Jéssica Sobrinho Teixeira. -- 2013.

173 p. : il.

Orientadora: Maria Elisa Caputo Ferreira

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2013.

1. Qualidade de Vida. 2. Saúde . 3. Bem-estar. 4. Envelhecimento. I. Ferreira, Maria Elisa Caputo, orient. II. Título.

JÉSSICA SOBRINHO TEIXEIRA

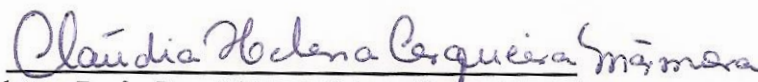
QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E BEM-ESTAR SUBJETIVO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE  
IDOSOS DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA NA CIDADE DE JUIZ DE FORA - MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora  
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia por Jéssica Sobrinho Teixeira

Dissertação defendida e aprovada em quatro de fevereiro de dois mil e treze, pela banca constituída por:



Orientadora: Profa. Dra. Maria Elisa Caputo Ferreira  
Universidade Federal de Juiz de Fora



Presidente: Profa. Dra. Cláudia Helena Cerqueira Marmora  
Universidade Federal de Juiz de Fora



Membro Titular: Prof. Dr. Brigido Vizeu Camargo  
Universidade Federal de Santa Catarina

## AGRADECIMENTOS

Mais um passo foi dado em minha jornada na busca de conhecimentos e de quantas coisas vieram com ele, muito além do que eu esperava. Grandes lições serão levadas para toda a vida, lições pessoais e profissionais. Mais importantes do que essas lições são as pessoas que caminharam junto comigo, afinal ninguém e nada cresce sozinho.

À minha orientadora, Professora Dr<sup>a</sup>. Maria Elisa Caputo Ferreira, uma grande gratidão por todos os momentos de ensinamento: cada dica, cada experiência, cada segundo de confiança. Agradeço, imensamente, pelo prazer de ser sua orientanda.

Ao Professor Dr. Brígido Vizeu Camargo, que, tão prontamente, aceitou o convite em participar de minha qualificação e defesa e, sendo tão receptivo, amparou-me para a apropriação de alguns de seus conhecimentos.

À Professora Dr<sup>a</sup>. Claudia Helena Cerqueira Marmora, por aceitar o convite para participar de minha defesa, acredito o quanto serão importantes suas colaborações.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI/UFJF, pelos valiosos ensinamentos que fizeram com que esta dissertação virasse realidade. Em especial, ao Professor Dr. Lélío Moura Lourenço, por ter colaborado sobremaneira na qualificação deste trabalho. E à Nilcimara, por toda atenção dada às nossas necessidades.

À minha Mãe, Rose Mary, que acredita mais do que eu e faz dos meus sonhos os seus sonhos.

Ao meu Pai, José Milton, que, em momento algum, deixou-me desanimar, dando-me todo o apoio de que necessitei. Muito obrigada!

À minha irmã, Sâmia, que me acompanhou em todo este processo, obrigada pela torcida de sempre.

Ao meu querido companheiro Ueslei, que me inspira a conquistar ainda mais coisas nessa vida e me dá o braço quando preciso me lembrar das forças que tenho.

A toda minha família, primas, primos, tios, tias, peço desculpas pelas ausências. Vocês sempre estão em meus pensamentos. A outra família muito querida, Bonin Machado, que se faz minha família com toda a felicidade, obrigada pelas calmarias nos finais de semana e desculpem-me pelos isolamentos de estudo.

Ao meu cunhado Raul, obrigada pela força e conselhos.

Aos amigos dos quais me ausentei, desculpem-me por não sossegar e querer sempre mais. Sei que me apoiam nisso e torcem pelas minhas conquistas. E, em especial, as amigadas que conquistei nesse percurso: Jimilly, minha querida companheira de tema e pesquisas, obrigada por tudo; Daniele, obrigada por todo o apoio nos passos iniciais, nos seguintes e exemplo de pesquisadora; Carla, mãezona, corajosa e com uma sensibilidade que contagia; Tamara, grande companheira nesta caminhada; Joana, ainda aprenderemos muito juntas; Renata, Vanessa, Marcela e Emerson, ao “Grupo de Estudos Processos Psicossociais e Cultura do Corpo”, obrigada por todo o apoio que recebi de vocês, cada instante foi precioso. Ao Laboratório de Estudos do Corpo, “Grupo de Estudos Corpo e Diversidade”, onde tudo começou, obrigada a todos os integrantes pela convivência e troca de experiências.

À Professora Rosângela, Coordenadora do Centro de Convivência para Idosos Dona Itália Franco, onde minha paixão pelos estudos sobre o envelhecimento se iniciou em 2007 e se perpetuou com a realização deste trabalho. Obrigada pela oportunidade e confiança.

À Professora Joana Carvalho e aos colegas do Porto, Portugal, Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, que, nos momentos finais, revitalizaram-me com momentos maravilhosos e mais vontade de pesquisar.

À Leila, com sua paciência e atenção para a correção deste trabalho.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelas bolsas que apoiaram o desenvolvimento deste trabalho.

A todos, o meu muito obrigada!

*Dedico esse trabalho aos muitos idosos que por alguns instantes  
abriram suas vidas para que suas experiências virassem grandes  
ensinamentos.*

*“O que você ganha, ao atingir seu objetivo, não é tão importante quanto o que você se torna ao atingir seu objetivo” (Zig Ziglar)*



## RESUMO

Pesquisas recentes trazem novas concepções de envelhecimento: “bem-sucedido”, “saudável” e “ativo”. Muitos são os nomes dados aos aspectos positivos relacionados a esse fenômeno. Em análise sobre essa nova forma de olhar os idosos, percebe-se que temáticas, tais como qualidade de vida, saúde e bem-estar, encontram-se ainda deficitárias em números e consistência das investigações, mostrando a necessidade de maiores esclarecimentos e aprofundamentos. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo investigar as representações sociais de qualidade de vida, saúde e bem-estar de idosos frequentadores de um Centro de Convivência na cidade de Juiz de Fora, MG, aprofundando essa análise através da associação com resultados obtidos por meio da aplicação de instrumentos que avaliam esses constructos. Como metodologia, optou-se por um estudo transversal, descritivo, quanti-qualitativo. Para atender aos objetivos traçados, foram aplicados 7 instrumentos: 1 (um) questionário sociodemográfico; 2 instrumentos que avaliam a qualidade de vida o WHOQOL-Bref e o WHOQOL-Old; 2 instrumentos que avaliam a saúde o *Brazil Old Age Schedule* – BOAS – nas seções de saúde física e utilização de serviços médicos e dentários, e 1 (uma) pergunta sobre autoavaliação de saúde; 1 (um) instrumento que avalia o bem-estar subjetivo a Escala para Avaliação de Satisfação na Vida referenciada a Domínios e uma entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi realizada por meio de análises estatísticas para os dados quantitativos *Social Package for Social Science* (SPSS-19), e os dados qualitativos foram analisados através do *software* ALCESTE. Por intermédio deste estudo, constatou-se que a representação social de qualidade de vida esteve associada a “fazer o que se quer”, o bem-estar esteve associado à “convivência” e a saúde à “medicação e alimentação”. As representações sociais de qualidade de vida e bem-estar, em dois aspectos, foram concomitantes, a “convivência” e o “ato de se fazer o que se gosta”. A saúde aparece como uma representação inserida dentro da representação de bem-estar. As relações estabelecidas entre os achados objetivos e subjetivos demonstraram as associações com a idade e a participação no Centro de Convivência.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Saúde. Bem-estar. Envelhecimento.

## ABSTRACT

Recent research brings new concepts of aging: “successful”, “healthy” and “active”. Many are the names that have been given to the positive aspects related to this phenomenon. In an analysis of this new way of looking at the elderly, one can realize the lack of studies on issues such as quality of life, health and well-being. They are also poor in the consistency of investigations, demonstrating the need for further clarification and insights. Thus, the present study aims to investigate the social representations of quality of life, health and well-being of elderly people who attend a Family Center in the city of Juiz de Fora - MG, deepening this analysis through association with results obtained by through the application of instruments that assess these constructs. As methodology, we chose a cross-sectional, descriptive, quantitative and qualitative study. To meet the objectives outlined, 7 instruments were applied: One (1) sociodemographic questionnaire; 2 instruments that assess quality of life o WHOQOL-Bref and o WHOQOL-Old; 2 instruments that assess health o *Brazil Old Age Schedule* - BOAS - in sections of physical health and use of medical and dental services; one (1) question about self-assessment of health; 1 (one) instrument that assesses subjective well-being (Satisfaction with Life Domains Scale) and a semi-structured interview. Data analysis was performed using statistical analysis for the quantitative data *Social Package for Social Science* (SPSS-19), and qualitative data were analyzed using the *software* ALCESTE. Through this study it was noted that the representation of social quality of life was associated with doing what you want, and welfare was associated with living and health to medication and food. Social representations of quality of life and well-being in two aspects were concurrent, the coexistence and the act of doing what you love. Health appears as a representation inserted into the representation of well-being. The relationship between objective and subjective findings showed associations with age and participation in the community center.

**Keywords:** Quality of life. Health. Well-being. Aging.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....</b>	<b>xiii</b>
<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....</b>	<b>xv</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1: REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 ABORDAGENS SOBRE O ENVELHECIMENTO.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.1 Saúde.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2.2 Bem-estar.....</b>	<b>20</b>
<b>1.3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO ENVELHECIMENTO HUMANO.....</b>	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO 2: PESQUISAS SOBRE OS TEMAS QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E BEM-ESTAR SUBJETIVO REALACIONADAS AO ENVELHECIMENTO.....</b>	<b>37</b>
<b>2.1 QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO.....</b>	<b>41</b>
<b>2.2 BEM-ESTAR SUBJETIVO E ENVELHECIMENTO.....</b>	<b>48</b>
<b>2.3 SAÚDE DO IDOSO.....</b>	<b>51</b>
<b>2.4 ANÁLISE DAS PUBLICAÇÕES.....</b>	<b>53</b>
<b>CAPÍTULO 3: MÉTODOS.....</b>	<b>55</b>
<b>3.1 MODELO DO ESTUDO.....</b>	<b>55</b>
<b>3.2 AMOSTRA E PROCEDIMENTOS.....</b>	<b>57</b>
<b>3.3 INSTRUMENTOS.....</b>	<b>59</b>
<b>3.3.1 Avaliação Quantitativa.....</b>	<b>59</b>
<b>3.3.1.1 Questionário Sociodemográfico.....</b>	<b>59</b>
<b>3.3.1.2 Avaliação da Qualidade de Vida.....</b>	<b>60</b>
<b>a) WHOQOL-Bref.....</b>	<b>60</b>
<b>b) WHOQOL-Old.....</b>	<b>61</b>
<b>3.3.1.3 Avaliação da Saúde.....</b>	<b>62</b>
<b>3.3.1.4 Avaliação do Bem-Estar.....</b>	<b>64</b>
<b>3.3.2 Avaliação Qualitativa.....</b>	<b>64</b>

<b>3.4 ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>65</b>
<b>CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>68</b>
<b>4.1 PERFIL AMOSTRAL .....</b>	<b>68</b>
<b>4.2 QUALIDADE DE VIDA .....</b>	<b>73</b>
<b>4.2.1 Poder fazer o que quer .....</b>	<b>74</b>
<b>4.2.2 Condições gerais de vida .....</b>	<b>76</b>
<b>4.2.3 Saber viver com tranquilidade .....</b>	<b>77</b>
<b>4.2.3.1 Aproveitar a vida, saber viver .....</b>	<b>78</b>
<b>4.2.3.2 Paz, filhos e Deus .....</b>	<b>79</b>
<b>4.3 SAÚDE.....</b>	<b>86</b>
<b>4.3.1 A melhor coisa do mundo .....</b>	<b>87</b>
<b>4.3.2 Medicação.....</b>	<b>88</b>
<b>4.3.3 Alimentação.....</b>	<b>89</b>
<b>4.3.4 Não sentir dor .....</b>	<b>91</b>
<b>4.4 BEM-ESTAR .....</b>	<b>94</b>
<b>4.4.1 Saúde.....</b>	<b>95</b>
<b>4.4.2 Fazer o que gosta .....</b>	<b>96</b>
<b>4.4.3 Convivência .....</b>	<b>98</b>
<b>4.4.3.1 Conviver .....</b>	<b>98</b>
<b>4.4.3.2 Conviver com a família .....</b>	<b>100</b>
<b>CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>104</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>141</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSM	<i>American College of Sports Medicine</i>
ALCESTE	Análise Lexical Contextual de Conjuntos de Segmentos de Texto
AMAC	Associação Municipal de Apoio Comunitário
AMSQV	Avaliação Multidimensional de Saúde e Qualidade de Vida
APA	<i>American Psychological Association</i>
BOAS	<i>Brazil Old Age Schedule</i>
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CARE	<i>Comprehensive Assessment and Referral Evaluation</i>
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EBS	<i>Scale of Subjective Well-being</i>
EuroQol - 5D	<i>European Quality of Life Questionnaire</i>
GOHAI	<i>General Oral Health Assessment Index</i>
GQOL	Qualidade de Vida de Göteborg
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus.</i>
HRQOL –HIV	<i>Health Related Quality of Life in HIV</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JOQOL	<i>Japanese Osteoporose Quality of Life Questionnaire</i>
KDQOL	<i>Kidney Disease Quality of Life</i>
KHQ	<i>King`s Health Questionnaire</i>
KS	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>
LIS	Localizador de Informação em Saúde
MENQOL	<i>Menopause Quality of Life Questionnaire</i>
MOS SF – 8	<i>Medical Outcome Studies 8-item Short Form</i>
MOS SF – 12	<i>Medical Outcome Studies 12-item Short Form</i>
MOS SF – 36	<i>Medical Outcome Studies 36-item Short Form</i>
OARS	<i>Older American Resources and Services</i>
OHRQOL	<i>Oral Health-Related Quality of Life</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>

PANAS	<i>Positive and Negative Affect Schedule</i>
PGCMS	<i>Philadelphia Geriatric Center Morale Scale</i>
PHQ	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
QALYs	<i>Quality-Adjusted Life Scale</i>
QUALID	<i>Quality of Life in Late-Stage Dementia</i>
SABE	Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SCAD	Serviço de Cópia de Documentos, Catálogo de Revistas Científicas
SEIQOL-DW	<i>Schedule of Evaluation of Individual Quality of Life-direct weighting</i>
SF-6D	<i>Short Form 6-Dimensions</i>
SPSS	<i>Social Package for Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SWLS	<i>Satisfaction with Life Scale</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCEs	Unidades de Contexto Elementar
UCIs	Unidades de Contexto Inicial
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOLIS	<i>World Health Organization`s Library Database</i>
WHOQOL-100	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
WHOQOL-Bref	<i>World Health Organization Quality of Abbreviated Assessment</i>
WHOQOL-Group	<i>World Health Organization Quality of Life Group</i>
WHOQOL-Old	<i>World Health Organization Quality of Life in Old Age</i>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1: Achados referentes às bases de dados investigadas. ....	38
Tabela 2: Nível de escolaridade.....	69
Tabela 3: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 2....	74
Tabela 4: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 1....	76
Tabela 5: Escores obtidos através da aplicação dos questionários WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old. ....	81
Tabela 6: Comparação dos escores do WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old por grupamento de sexo. ....	82
Tabela 7: Comparação dos escores do WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old por grupamento etário. ....	83
Tabela 8: Comparação dos escores do WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old com estado civil. .	84
Tabela 9: Comparação dos escores do WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old por tempo de frequência no Centro de Convivência. ....	85
Tabela 10: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 2..	87
Tabela 11: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 4..	88
Tabela 12: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 3..	90
Tabela 13: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 1..	91
Tabela 14: Componentes da autopercepção de saúde. ....	92
Tabela 15: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 3..	96
Tabela 16: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 2..	97
Tabela 17: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 1..	98
Tabela 18: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 4. ....	100
Tabela 19: Escores obtidos através da aplicação do questionário. ....	101
Tabela 20: Comparação do escore na Escala para Avaliação de Satisfação na Vida referenciada a domínios por grupo etário. ....	102
Tabela 21: Comparação do escore na Escala para Avaliação de Satisfação na Vida referenciada a domínios por escolaridade e renda. ....	102
Figura 1: Esquema de saúde. ....	16
Figura 2: Esquema das Representações Sociais de Jodelet. ....	25
Figura 3: Distribuição das pesquisas de acordo com os temas. ....	30

Figura 4: Publicações por base de dados. ....	39
Figura 5: Publicações por tema e por base. ....	40
Figura 6: Pesquisa por temas. ....	40
Figura 7: Publicações por ano da qualidade de vida. ....	42
Figura 8: Número amostral utilizado nas publicações.....	43
Figura 9: Publicações sobre qualidade de vida relacionadas a doenças. ....	44
Figura 10: Publicações sobre qualidade de vida por tipo de instrumento utilizado. ....	45
Figura 11: Publicações por ano do bem-estar subjetivo. ....	49
Figura 12: Publicações sobre o tema “bem-estar subjetivo” por tipo de instrumento utilizado. ....	50
Figura 13: Publicações por desenvolvimento no tempo. ....	52
Figura 14: Categorização da amostra por idade. ....	69
Figura 15: Opção religiosa. ....	70
Figura 16: População distribuída por regiões administrativas da cidade. ....	71
Figura 17: Atividades de que os entrevistados participam. ....	72
Figura 18: Dendograma das classes sobre “qualidade de vida”. ....	73
Figura 19: Distribuição das palavras associadas significativamente `as classes 3 e 4. ....	78
Figura 20: Dendograma das classes sobre “saúde”. ....	86
Figura 21: Dendograma das classes sobre “bem-estar”.....	95
Quadro 1: Domínios do instrumento WHOQOL-Bref. ....	61



## INTRODUÇÃO

O contingente de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, de acordo com dados da *World Health Organization* (WHO, 2002), tem crescido rapidamente. No final do século passado, eram estimados 590 milhões de indivíduos nessa faixa etária, havendo previsão, para 2025, de 1,2 bilhão, com possibilidade de atingir 2 bilhões de pessoas em 2050. No Brasil, segundo Marcelino (2008), a transição demográfica ressalta, ainda, as desigualdades sociais existentes entre os estados brasileiros, relacionando as condições de sobrevivência da população, em conjunto com as diferentes culturas e estilos de vida.

O envelhecimento populacional apresenta-se como uma realidade mundialmente reconhecida e pode ser considerado o principal fenômeno demográfico do século XX (Nasri, 2008). Como tal e em consonância com a evolução das pesquisas sobre o tema, pretende-se, neste estudo, investigar alguns aspectos do envelhecimento e obter maiores esclarecimentos sobre assuntos que o permeiam, tais como qualidade de vida, saúde e bem-estar.

Sendo um evento natural e multifatorial, esse fenômeno traz consigo alterações diferenciadas, que podem ser influenciadas diretamente pelo modo de vida e pelas condições genéticas dos indivíduos. Pode-se pensar também na influência dessas alterações na qualidade de vida dos mesmos. Na presente pesquisa, optou-se pelo estudo da qualidade de vida de pessoas idosas e, em específico, de dois aspectos diretamente relacionados a ela: a saúde e o bem-estar subjetivo.

Este trabalho adotou o conceito de qualidade de vida preconizado pela *World Health Organization Quality of Life Group* (*The WHOQOL – Group*, 1995): “(...) percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais vive, e em relação às suas metas, expectativas e padrões sociais” (p. 1405). Esse constructo multifacetado pode sofrer influência de diversos fatores da vida, tais como a condição socioeconômica, o suporte social e as condições psicossociais e de saúde.

Comumente utilizado por estudos que investigam a saúde, o conceito de saúde, “completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo, e não somente ausência de doenças e enfermidades” (WHO, 1948 [não paginado]), demonstra sua inatingibilidade. Em contradição à ideia de que as condições de saúde são diretamente influenciáveis na qualidade de vida dos indivíduos idosos, para autores como Martínez e García (1994), o passar dos anos

pode não deteriorar a autoavaliação da saúde porque os idosos podem avaliar a saúde como boa quando ela é suficiente para viver.

A percepção que as pessoas têm do seu bem-estar é um dos aspectos subjetivos vinculados à qualidade de vida (Martinez, & Garcia, 1994; Ormel et al., 1997, Guedea et al., 2006). O bem-estar subjetivo compreende uma avaliação baseada em valores e expectativas pessoais e sociais, assim como em condições orgânicas e psicológicas presentes no indivíduo (Liberalesso, 2002). Para a autora, seria uma avaliação pessoal de vivências de capacidade, das condições ambientais e da própria qualidade de vida relacionada a três elementos: domínio global, específico e estado emocional de aspectos positivos e negativos (Neri, 2005).

As representações sociais são “entidades tangíveis; circulam, se cruzam e se cristalizam continuamente através da fala, do gesto, do encontro” (Moscovici, 2012, p. 39). No caso do estudo sobre os aspectos do envelhecimento humano, essa base teórica é sugerida (Jodelet, 2009), pois apresenta-se como um bom embasamento teórico para a discussão das questões tão complexas que envolvem esse fenômeno. Com base nessa teoria, pretende-se captar o que indivíduos, isoladamente, demonstram sobre as tendências do grupo que interagem em um ambiente como um Centro de Convivência para Idosos a respeito dos temas que se pretende investigar.

A evolução das pesquisas sobre o envelhecimento traz para esta discussão a possibilidade de esse fenômeno poder ser observado nos estudos atuais com aspectos indicam a vivência com qualidade de vida, saúde e bem-estar. Todavia, os conceitos atualmente existentes sobre esses constructos necessitam de maiores esclarecimentos e aprofundamentos, em razão da grande discussão que os permeia. Dessa forma, percebe-se que há necessidade de desenvolvimento de novas pesquisas, que tenham como objetivo o aprofundamento da análise de conceitos tão complexos e multifatoriais como estes, em especial, no âmbito dos estudos sobre envelhecimento.

Diante disso, esta pesquisa pretendeu investigar as representações sociais de idosos de um Centro de Convivência da cidade de Juiz de Fora sobre qualidade de vida, saúde e bem-estar, e analisou-as associativamente aos resultados obtidos na aplicação de instrumentos que avaliam esses constructos.

Buscou-se também fazer uma aproximação com as temáticas “qualidade de vida”, “saúde” e “bem-estar”. Os conteúdos investigados neste trabalho se apresentam divididos em seis capítulos: 1º) buscou uma aproximação do fenômeno envelhecimento, no que tange às suas especificidades e abordagens; 2º) em seguida, aprofundou sobre a temática da qualidade de vida, explorando dois aspectos específicos que a compõem: saúde e bem-estar, trazendo a

Teoria das Representações Sociais como arcabouço teórico; 3º) investigou os estudos que estão sendo desenvolvidos sobre os temas “qualidade de vida”, “saúde” e “bem-estar subjetivo” na atualidade; 4º) descreveu a metodologia de pesquisa que se apresenta mais condizente com o objetivo do presente trabalho; 5º) apresentou os resultados obtidos por meio da pesquisa; e 6º) concluiu o desenvolvimento da pesquisa, traçando seus principais resultados e as limitações que o estudo apresentou.

A realização deste estudo buscou oferecer uma contribuição significativa no que se refere às dimensões subjetivas e objetivas sobre as temáticas investigadas. Espera-se que esta pesquisa seja capaz de indiciar, por meio da associação das abordagens, uma ampliação de conhecimentos a respeito dos fenômenos da qualidade de vida, saúde e bem-estar no envelhecimento humano.

# CAPÍTULO 1: REFERENCIAL TEÓRICO

## 1.1 ABORDAGENS SOBRE O ENVELHECIMENTO

Este capítulo busca traçar um panorama do envelhecimento na atualidade, apresentar as terminologias comumente adotadas para se referir aos indivíduos de 60 anos ou mais, considerar a existência de um marco etário e sua diferenciação quanto às perspectivas de idade biológica, cronológica, psicológica e social. Ainda pretende discutir a diversidade existente entre os conceitos de envelhecimento, apresentando as alterações comuns relacionadas ao processo, bem como os dados gerais da transição demográfica e epidemiológica, além de destacar as perspectivas adotadas pelas pesquisas atuais relacionadas ao tema.

Na atualidade, constata-se a existência de diferentes conceitos de envelhecimento e variadas formas e significações de envelhecer, tamanha a discussão que tais conceitos suscitam. Dessa forma, inicialmente, torna-se imprescindível discutir as diferentes terminologias adotadas no âmbito dos estudos sobre envelhecimento.

Inicialmente, na França do século XIX, o idoso era designado como velho (*vieux*) ou velhote (*viellard*), indivíduos que não detinham *status* social; enquanto os que se enquadravam em uma melhor condição social, em geral, eram designados de idoso (*personne âgée*). No Brasil, seguiu-se um processo semelhante ao da França. Antes dos anos 1960, denominavam-se velhas as pessoas que conseguiam alcançar um número expressivo de sobrevivida (Peixoto, 2006). No entanto, hoje em dia, surgem outros termos e nomenclaturas, também carregados de preconceitos, tais como: “velhinho”, “vovozinha”, “tia”; “idade legal”, “melhor idade”, “maior idade”, entre outros acrescentados de “inho”, utilizados para se referir aos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos.

Atualmente, são utilizados termos considerados “mais respeitosos” como idoso ou pessoa na Terceira Idade, em uma tentativa de se mascarar a percebida rejeição da velhice (Neri, 2007). Esses termos passam a ser mais utilizados, inclusive em documentos oficiais como a “Política Nacional do Idoso – Lei nº. 8.842/1994” (Brasil, 1994) e o “Estatuto do Idoso – Lei nº. 10.741/2003” (Brasil, 2003). Como afirmou Debert (1999), essa política tem por objetivo minimizar as conotações depreciativas e/ou atender a interesses de um mercado

de consumo emergente. Quanto à escolha de qual terminologia se deve adotar, é importante enfatizar a necessidade de se remeter à população idosa de forma respeitosa, independente da palavra utilizada.

Como marco etário, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) considera idosos os sujeitos que possuem idade maior ou igual a 65 anos, para indivíduos residentes em países desenvolvidos, e idade maior ou igual a 60 anos, para indivíduos residentes em países em desenvolvimento.

No entanto, autores como Papaléo Netto (2006), ao desenvolverem pesquisas sobre a temática do envelhecimento, abordam a necessidade de entender que, muitas das vezes, a idade cronológica não dá conta de embasar certas discussões necessárias ao tema. Diante disso, são apresentados, neste trabalho, os conceitos de idade, que podem se apresentar por meio de quatro modelos: biológico, cronológico, psicológico e social. De acordo com o autor, a idade biológica não é muito bem definida por razão da inexistência de marcadores biofisiológicos eficazes e confiáveis para o processo do envelhecimento, bem como a dificuldade de estabelecer se as mudanças que ocorrem durante esse processo estariam, prioritariamente, relacionadas à senescência (envelhecimento fisiológico) ou à senilidade (envelhecimento patológico).

Utiliza-se, com frequência, a idade cronológica, ou seja, a contagem em anos, a fim de facilitar o desenvolvimento de pesquisas no âmbito do envelhecimento. Nessas pesquisas, é comum a divisão em faixas etárias. Costa et al. (2001) propuseram um exemplo dessa divisão:

Idosos jovens: de 60 a 74 anos, que correspondem, atualmente, à fração predominante da população idosa brasileira; idosos velhos: de 74 a 84 anos, que correspondem à fração que mais rapidamente cresce. Nesta fase já se acumulam múltiplos problemas; idosos muito velhos: com mais de 85 anos, correspondem ao grupo mais propenso a acumular e apresentar incapacidades e cerca de 50% já apresentam dificuldades para executar atividades da vida diária (p. 166).

O senso subjetivo da idade, segundo Papaléo Netto (2006), é a forma como “cada pessoa avalia a presença de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento” (p. 9). A idade psicológica é atualmente discutida no intuito de dar sentido a diferenças perceptíveis entre pessoas da mesma idade quanto à autoestima e a comportamentos sociais.

Como idade social, considera-se a capacidade de adequação de um indivíduo ao desempenho de papéis e comportamentos esperados para as pessoas de sua idade. Analisando dessa forma, torna-se perceptível a diferenciação de papéis entre idosos de diferentes tipos de cultura. Mas, quando se pensa em envelhecimento, há que se considerar também as alterações decorrentes do passar dos anos não como o principal fator, mas como aspectos importantes de diferenciação entre idades e, em especial, entre indivíduos da mesma faixa etária. Assim, das diversas alterações ocorridas com o processo de envelhecimento do ser humano, pode-se destacar uma diferenciação entre essas alterações: senescência ou envelhecimento fisiológico e a senilidade ou envelhecimento patológico.

De acordo com Papaléo Netto (2006), a senescência se apresenta como o resultado do “somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas do envelhecimento normal” (p. 10), enquanto a senilidade se mostra como as possíveis “afecções que frequentemente acometem a pessoa idosa” (p. 10). Advindas do processo de senescência, citam-se as alterações nos órgãos dos sentidos, da composição corporal e dos diversos sistemas corporais, músculo-esquelético, endócrino, tegumentar, cardiovascular, respiratório, gênito-urinário, gastrointestinal, nervoso e termorregulatório. Essas transformações podem ser identificadas quanto a sua natureza física, psicológica e social. Em resumo, segundo Soyama et al. (2005), as alterações principais do avanço da idade seriam: a redução da capacidade de adaptação ao ambiente, a diminuição da velocidade de desempenho e o aumento da susceptibilidade a doenças, ou seja, trata-se de uma degenerescência biológica, psicossocial e funcional do ser humano.

Dados da OMS (2005) estimam que, no ano de 2050, existirão cerca de 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento como o Brasil. Segundo as perspectivas epidemiológicas atuais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população de idosos, entre os anos de 1960 e 2025, deverá passar para 32 milhões de indivíduos, representando a mudança da 16ª para a 6ª posição mundial, em número absoluto de indivíduos idosos (Carvalho Filho, & Papaléo Netto, 2006).

O fenômeno do envelhecimento pode ser explicado por meio de dois tipos de transição: a demográfica e a epidemiológica. A transição demográfica é caracterizada pelos efeitos de alterações como fecundidade, natalidade e mortalidade sobre crescimento populacional (Brito, 2008). A epidemiologia é a ciência que estuda a dinâmica das doenças e/ou agravos de uma determinada população em um estipulado período de tempo (Rouquairol, & Almeida Filho, 2003). A transição epidemiológica é caracterizada pelas modificações a

longo prazo dos padrões de morbidade (complexa mudança dos padrões de saúde e doença), invalidez e morte. Estas mudanças, demográficas e epidemiológicas, ocorrem concomitantemente com as transformações sociais, econômicas e tecnológicas (Omran, 1971).

Portanto, conforme dados do Ministério da Saúde, o aumento populacional nos países está diretamente ligado às modificações sanitárias, sociais e políticas (Brasil, 2006). Iniciada no século passado e perpetuada nos dias atuais, a queda de mortalidade e natalidade desenvolveu-se em conjunto com a ampliação da cobertura vacinal, melhorias nos sistemas de proteção social e das condições de habitação, alimentação, educação, trabalho e saneamento básico (Chaimowicz, 1997; OMS, 2005; Sousa, & Branca, 2011).

É preciso considerar que a tendência atual é de esperança de um maior contingente populacional nessa faixa etária. Em contrapartida, juntamente com o desenvolvimento de pesquisas cada vez mais relevantes sobre o tema, percebe-se, na contemporaneidade, o desenvolvimento e a confirmação de disciplinas específicas inseridas no processo de ensino de diversas áreas profissionais, a fim de capacitar os diferentes setores para uma atuação condizente. Seriam elas as disciplinas de Gerontologia Social, Geriatria e Gerontologia Biomédica. A Gerontologia Social detém seus estudos aos aspectos não orgânicos, sejam eles os antropológicos, legais, sociais, ambientais, econômicos, éticos e de políticas de saúde; já a Geriatria e Gerontologia Biomédica concentram-se em aspectos orgânicos. O estudo da Geriatria possui o domínio sobre os aspectos curativos e preventivos da Atenção à Saúde e está mais relacionado ao currículo médico e ao currículo das outras formações em saúde como Nutrição, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, entre outras. Já a Gerontologia Biomédica possui como eixo norteador de seus estudos o fenômeno do envelhecimento do ponto de vista da biogerontologia, caminhando por estudos populacionais e de prevenção de doenças associadas (Papaléo Netto, 2006).

Independente da disciplina que aborda o envelhecimento, destacam-se alguns estudos como o realizado por Siqueira, Botelho e Coelho (2002) sobre teorias e conceitos sobre envelhecimento divulgados a partir da década de 1970. Esse estudo revelou que as pesquisas, as quais iniciaram a discussão do tema “envelhecimento”, dividiam-se, basicamente, em quatro categorias principais: “biológico/comportamentalista”, “economicista”, “socioculturalista” e “transdisciplinar”.

A categoria de trabalhos desenvolvidos por meio da perspectiva “biológico/comportamentalista” se concentra no processo de diminuição das capacidades físicas como algo natural do organismo, orientando, dessa forma, as ações de gerontólogos e

geriatrias. Os estudos dão ênfase à presença de múltiplas patologias sobre as quais os indivíduos e a sociedade necessitam atuar, no sentido de retardá-las. Já as investigações encontradas na perspectiva “economicista” preocupam-se em indicar a importância da estrutura social produtiva no que tange à posição dos idosos nessa estrutura. Os estudos centram suas análises na questão da ruptura com o mundo produtivo do mercado de trabalho, especificamente, na questão da aposentadoria. Na terceira perspectiva encontrada por esses autores, “socioculturalista”, percebe-se uma crítica ao foco das duas anteriores. Siqueira, Botelho e Coelho (2002) defendem que as questões demográficas e/ou econômicas apresentadas nas perspectivas anteriores são insuficientes para analisar a concepção de velhice como categoria analítica. Dessa forma, enfatizam a velhice como uma construção social. Diferentemente das anteriores, a abordagem “transdisciplinar” não prioriza um determinado segmento da realidade vivida pelos idosos. Nos trabalhos que partem dessa perspectiva, a velhice:

(...) é percebida como fenômeno natural e social; que se desenrola sobre o ser humano, único, indivisível, que, na sua totalidade existencial, defronta-se com problemas e limitações de ordem biológica, econômica e sociocultural singularizando seu processo de envelhecimento (Siqueira, Botelho, & Coelho, 2002, p. 904).

Estudos desenvolvidos na atualidade mostram que há uma tendência a corroborar os achados de pesquisas que identificam com uma ou outra abordagem de pesquisa descrita anteriormente. Alguns conceitos de envelhecimento e contribuições de alguns órgãos e autores discutem e exemplificam tal afirmativa.

Aproximando-se da abordagem biológica, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conceitua envelhecer como:

(...) um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte (Brasil, 2006, p. 8).



O *American College of Sports Medicine* (ACSM, 1998) conceitua o envelhecimento como um processo complexo, que envolve muitas variáveis desde genéticas, estilo de vida, até as doenças crônicas. Complementa que essas variáveis interagem entre si e influenciam, significativamente, o modo como um indivíduo alcança uma determinada idade. No entanto, há autores que consideram o processo de envelhecer algo mais complexo, permeado de influências diversas tanto externas quanto internas. Papaléo Netto (2006), em seu estudo sobre o histórico, as definições e os termos básicos do campo do envelhecimento, apresenta essa fase da vida como:

(...) um processo dinâmico e progressivo, no qual há um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (p. 10).

Para o autor, o declínio das funções orgânicas manifestadas durante o envelhecimento tende a aumentar com o tempo, em um ritmo que se apresenta de forma distinta não só de um órgão para outro, mas também entre idosos da mesma idade.

Debert (2003) considerou que o fenômeno vital – nascer, crescer e morrer – é um fato natural e universal, sendo um processo comum para qualquer ser vivo. A autora complementa que o fenômeno pode se apresentar como um fato social e histórico o qual envolve as várias formas de conceber e viver o envelhecimento.

Já em consonância com a abordagem socioculturalista, a autora de diversos livros na área do envelhecimento, Neri (2001a), afirmou que o envelhecimento pode ser considerado um processo de “mudanças universais”, esclarecendo, ainda, que esse processo se caracteriza por intermédio de modificações dos sistemas corporais, tais como a diminuição da plasticidade comportamental, o aumento da vulnerabilidade, a acumulação de perdas evolutivas, culminando no aumento da probabilidade de morte. O ritmo, a duração e os efeitos desse processo são dependentes de eventos de natureza genético-biológica, sócio-histórica e psicológica, podendo se comportar de maneira diferenciada individualmente e em comparação a outros grupos etários.

No entanto, há alguns anos, Debert (1998) já apontava que, independente das diferentes abordagens que remetem ao envelhecimento, é consenso a ideia de que essa etapa da vida tem sido valorizada e privilegiada, tendo em vista as novas conquistas em busca de prazer, da satisfação e da realização pessoal. Observa-se, entretanto, o surgimento de novos

estereótipos associados à aparência e ao comportamento de “jovem” do idoso “produtivo”, que frequenta grupos de cultura e lazer e transita, livremente, pela sociedade. A partir desses novos estereótipos, a velhice passou a ser vista como uma idade em que o indivíduo pode ter atitudes e comportamentos saudáveis (Mendizábel, & Cabornero, 2004).

As evoluções nos paradigmas sobre desenvolvimento e envelhecimento trazem para esta discussão a possibilidade de o envelhecimento poder ser vivenciado com satisfação, saúde e bem-estar, instigando a busca de variáveis que interferem no alcance de um envelhecimento bem-sucedido (Cupertino, Rosa, & Ribeiro, 2007). Portanto, diante das várias vertentes possíveis de análise, optou-se pelo estudo do envelhecimento por meio da temática: qualidade de vida e dois de seus aspectos constitutivos: saúde e bem-estar subjetivo.

## 1.2 QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO

O presente capítulo propõe uma discussão sobre a temática qualidade de vida, buscando discutir a dimensão do conceito, a especificidade deste em relação ao envelhecimento, bem como as possíveis formas de mensurá-la no contexto de pesquisas científicas. A qualidade de vida divide-se em diferentes aspectos; contudo, este trabalho destacou dois aspectos que a compõem: a saúde e o bem-estar subjetivo.

Ao longo do amadurecimento, o ser humano vai se transformando, vencendo sucessivos conflitos evolutivos e ganhando ou perdendo qualidade em suas vidas (Neri, 2003; Huffman, Vernoy, & Vernoy, 2003; Moraes, & Witter, 2007). A qualidade de vida referida neste estudo é a preconizada pela *World Health Organization* (The WHOQOL – Group, 1995): “(...) percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais vive, e em relação às suas metas, expectativas e padrões sociais” (p. 1405). A WHO, por meio de seu grupo de pesquisadores especialistas em estudos sobre qualidade de vida (The WHOQOL – Group), fundamenta o conceito de qualidade de vida, considerando três aspectos fundamentais: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade.

Para esses estudiosos, a subjetividade possui uma inter-relação com as condições externas que permeiam a vida do idoso (por exemplo, trabalho, família e outros laços sociais). A multidimensionalidade aponta uma convergência em direção à subjetividade quanto aos aspectos físicos, psicológicos e sociais (por exemplo, a forma como os indivíduos percebem

seu estado físico e suas relações interpessoais). Já a bipolaridade propõe a análise por meio da presença de dimensões positivas e negativas. Como exemplo de dimensão negativa, pode-se apresentar a presença de doenças, e, como exemplo de dimensão positiva, a manutenção da autonomia.

No entanto, segundo Brown, Bowling e Flynn (2004), o conceito de qualidade de vida pode ser perspectivado sob duas dimensões: uma macro, social e objetiva; outra micro, individual e subjetiva. Os autores consideram a dimensão macro a partir da análise de condições de emprego, habitação, educação e circunstâncias ambientais, enquanto a análise da dimensão micro leva em consideração as experiências de vida, os valores, a sensação de bem-estar, felicidade e satisfação de vida de cada indivíduo.

Faden e German (1994) afirmaram que esse constructo é multidimensional, com componentes objetivos e subjetivos como no conceito anterior; entretanto, eles consideram a possibilidade de esses componentes se inter-relacionarem e sofrerem alterações de acordo com o tempo, a idade, o gênero, a raça, a cultura, a presença ou não de doenças, o estado financeiro e a relação com a sociedade. Outros autores, como Lawton (1991) e Alexandre, Cordeiro e Ramos (2008), complementam esse pensamento, afirmando que outras condições intra e extrapessoais também podem influenciar a qualidade de vida de um indivíduo, quais sejam: capacidade funcional, mecanismos de autoaceitação, condições ambientais de trabalho, moradia e suporte social. Minayo, Hartz e Buss (2000) enfatizaram que o termo abrange muitos significados, os quais refletem os conhecimentos, as experiências e os valores adquiridos pelos indivíduos e sua coletividade, fazem referência a diferentes épocas, espaços e histórias, apresentando-se como uma construção social.

Conceituar qualidade de vida se apresenta, portanto, como uma tarefa bastante complexa, mas defini-la especificamente para o processo de envelhecimento torna-se ainda mais difícil. Todavia, apesar da ausência de uma definição consensual, Walker (2005) elencou alguns pontos de concordância entre a comunidade científica que poderão contribuir para a compreensão do conceito de qualidade de vida na idade avançada; entre eles, podem ser citados: a natureza dinâmica, multidimensional e complexa do conceito; a condição de que este resulta da combinação interativa de fatores, tais como o curso de vida e de situações imediatas. O conceito aborda uma diferenciação entre grupos de idosos, por exemplo, idosos que vivem em domicílio valorizam mais os aspectos familiares, e idosos institucionalizados valorizam mais os aspectos ambientais, relações com outros residentes e a segurança. E a grande variabilidade existente na avaliação desse autor se deve mais aos aspectos subjetivos da análise do que a condições objetivas, tais como situação econômica e sociodemográfica.

Esse autor esclareceu, ainda, que os fatores os quais influenciam a qualidade de vida são semelhantes para diferentes grupos etários; porém, quanto mais distantes são os grupos etários, mais discrepantes são as diferenças. Se forem comparados jovens e pessoas idosas, fatores como a saúde e a capacidade funcional possuem grande importância na avaliação da qualidade de vida de idosos.

Para Neri (2003), a investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como sobre o esclarecimento a respeito das variações que esse estado pode compor, reveste-se de grande importância científica e social. Já em outro estudo, Neri (2001b) esclareceu que os resultados das investigações sobre qualidade de vida podem se apresentar expressos por índices de desenvolvimento, bem-estar, desajustabilidade, prazer ou satisfação.

Da mesma forma que se torna uma tarefa difícil conceituar qualidade de vida, medi-la também requer muitos esforços, pois a avaliação da qualidade de vida do idoso necessita da adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural. Alguns elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice:

(...) longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos (Neri, 1993, como citado em Ferreira, Cunha, & Menut, 2010, p. 123).

Durante muito tempo, a qualidade de vida foi avaliada e associada, em sua maioria, por meio de indicadores econômicos ou sociodemográficos, que descreviam apenas as condições de vida dos indivíduos; contudo, alguns estudos vêm sendo desenvolvidos trazendo evidências dos indicadores sociais, podendo considerá-los como critérios de julgamento pessoal, do bem-estar e da satisfação com a vida (Cardoso, & Ferreira, 2009).

Conforme Pelrman e Uhlmann (1988) e Neri (2011), muitos instrumentos utilizados na aferição da qualidade de vida não levam em conta áreas de vida identificadas pelos próprios idosos como fundamentais, tal como o relacionamento familiar. Ao realizar uma pesquisa sobre qualidade de vida nas bases de dados, Chachamovich (2006) destacou que a maioria dos artigos científicos que pretendem investigar a temática em idosos fazem o trabalho na presença de uma doença clínica, como medidor de impacto de diversas intervenções.

A partir da década de 1960, tornou-se necessário avaliar a qualidade de vida percebida pelas pessoas (qualidade de vida subjetiva). Naquele momento, considerou-se que as avaliações subjetivas, além de definirem mais precisamente a experiência de vida dos indivíduos, levam em conta o significado que eles atribuem a essa experiência. Os indicadores dessa perspectiva passaram a ser: satisfação, bem-estar e felicidade (Albuquerque, 2005).

Em estudo desenvolvido por Santos Júnior e Santos (2006) a respeito da concepção de qualidade de vida de idosos asilados, os autores relataram que a qualidade de vida para o idoso é representada pela preservação do prazer em todos os aspectos: a sensação de sentir prazer ao ter um corpo saudável, mas respeitando seus limites, e também de interagir com a sociedade, acrescentando ainda o prazer de compartilhar e de aprender. Para os autores, na concepção dos idosos, a palavra “quantidade” não teria muito significado. Eles consideraram que o importante seria a qualidade, pois revelaram que, dessa forma, os idosos podem expor suas potencialidades, sua capacidade de produzir mudanças, de alterar valores e enfatizar os aspectos positivos do envelhecimento. A Terceira Idade pode ser sinônimo de qualidade de vida, independente do número de anos.

Para Nascimento et al. (2000), existem indicadores que, uma vez avaliados, podem oferecer um perfil bem preciso do nível de qualidade de vida em que está inserido o idoso. Entre estes, podem ser citados como os mais representativos o grau de independência e autonomia, o nível médio de seu estresse e a sensação de bem-estar. Os autores contribuem, também, com a análise dos seguintes fatores que poderiam interferir na qualidade de vida: ambiente físico-arquitetônico incompatível; avanços tecnológicos, que geram barreiras culturais e técnicas; isolamento; medo da morte; desconhecimento do processo de envelhecimento; perda da capacidade de competir em igualdade de condições com os mais jovens; dificuldade de acesso a novas informações; perda de entes queridos; diminuição da condição funcional; perda de referência com o mundo do “seu tempo”; diminuição das opções de lazer; perda do *status* profissional e social; estilo de vida inadequado; preconceitos relativos à sexualidade; falta de oportunidades; falta de suporte familiar; queda do nível de renda com a aposentadoria e sentimento de inutilidade.

Moraes e Witter (2007), em trabalho realizado sobre a qualidade de vida intrínseca e extrínseca, indicaram que a qualidade de vida de um indivíduo apresenta-se de forma muito individual, acrescentando que cada pessoa teria seu próprio conceito com base em suas necessidades, preferências e o que considera importante para si. Os autores esclareceram também que nem sempre o nível socioeconômico é sinônimo de qualidade de vida.

O termo “qualidade de vida”, portanto, tem recebido uma variedade de definições ao longo dos anos (Santos et al., 2002). Em geral, apresenta-se relacionado a três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação (González, 1993). Esse termo também pode se apresentar relacionado a componentes como: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e autoproteção de saúde (Hornquist, 1990).

Cumprido ressaltar que, nesta pesquisa, optou-se por referenciar, teoricamente, dois aspectos específicos diretamente relacionados à qualidade de vida: saúde e bem-estar.

### 1.2.1 Saúde

Neste subitem, apresentam-se algumas conceituações de saúde, as leis existentes em âmbito nacional e estadual, bem como as condições epidemiológicas de saúde da população que envelhece no Brasil. Incorpora-se também à discussão a possibilidade da existência de um envelhecimento ativo, buscando apresentar as possíveis formas existentes de se mensurar a saúde da população envelhecida.

O expressivo contingente populacional envelhecido leva a pesquisadora ao seguinte questionamento: “viver mais teria o mesmo significado de viver melhor”? Os vários conceitos existentes para o processo de envelhecimento apontaram para um pensamento de que não existe uma única forma de envelhecer, mas diversas, nas quais os indivíduos que chegam a essa etapa da vida estariam sujeitos a múltiplas influências, interna e externamente.

O conceito de saúde elaborado pela WHO (1948 [não paginado]), desenvolvido em 1948 e utilizado em grande escala atualmente, foi apresentado como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Entretanto, a amplitude desse conceito é alvo de infinitas críticas, sendo a mais frequente de natureza técnica; afinal, levando-se em consideração seu ideal inatingível, questiona-se de que forma ela pode ser utilizada como objetivo nos serviços de saúde (Ayres, 2004; Neri et al., 2004).

A literatura também traz a definição de Last (1984) para saúde: um estado de equilíbrio entre os seres humanos e o físico, biológico e ambiente social, compatível com a atividade funcional plena. Mais recentemente, em discussões prolongadas iniciadas desde o estabelecimento do conceito de saúde pela OMS, procurando outra forma de defini-la, os

autores Jadad e O'Grady (como citados em Huber et al., 2011) propuseram uma “conversa global” sobre como definir saúde e, em 2009, apresentaram um novo conceito que seria "a capacidade de se adaptar e se autogerir" face aos desafios sociais, físicos e emocionais (p. 2).

Juntamente com a proposta do conceito apresentado anteriormente, apresenta-se a divisão da saúde em três domínios: saúde social, saúde física e saúde mental. Huber et al. (2011) consideraram saúde social um equilíbrio dinâmico entre as oportunidades e limitações que muda ao longo da vida e é afetado por condições externas, como os desafios sociais e ambientais. Inclui a capacidade de as pessoas realizarem o seu potencial e suas obrigações, a capacidade de gerenciar suas vidas com algum grau de independência, apesar de uma condição médica, e a capacidade de participar de atividades sociais, incluindo o trabalho.

A saúde física é apresentada como a capacidade que um organismo saudável tem de se adaptar quando confrontado com estresse fisiológico, sendo capaz de montar uma resposta protetora para reduzir o potencial de dano e restaurar o equilíbrio (McEwen, 2003); já a saúde mental é descrita como a sensação de coerência e inclui as faculdades subjetivas, aumentando a compreensão, a capacidade de gerenciamento de uma situação difícil (Antonovsky, 1984). A capacidade reforçada para adaptar e gerenciar a si mesmo, muitas vezes, melhora o bem-estar subjetivo e pode resultar em uma interação positiva entre mente e corpo (De Lange et al. 2008).

Nieman (1999) acrescentou que a saúde é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades” (p. 4). Para o autor, a saúde se esquematiza conforme a Figura 1.

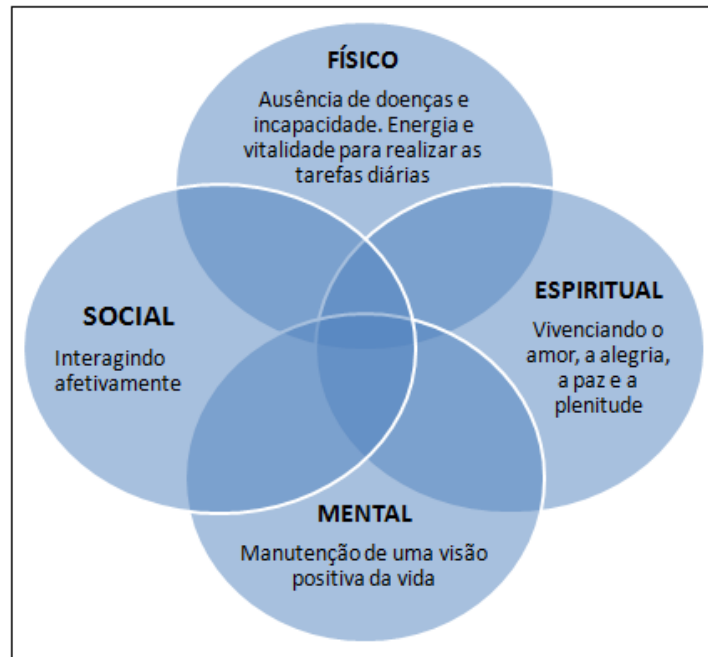


Figura 1: Esquema de saúde.  
Fonte: Nieman (1999).

No entanto, para alcançar a saúde social, física, mental e espiritual, torna-se necessário o acesso ao conjunto de direitos sociais, tais como a segurança, a educação, a saúde, o trabalho, a justiça, a moradia, a alimentação, o transporte e o lazer. Dessa forma, a saúde se apresenta multideterminada e dependente de ações intersetoriais e integradas, como apontado na Lei Orgânica da Saúde no Brasil (Brasil, 1990).

Para idosos do Brasil, o Ministério da Saúde criou a “Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa”, que tem como objeto:

(...) a promoção de envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de forma a garantir aos idosos a permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (Brasil, 1999, p. 21).

Para Veras (2009), essa política tem o propósito de buscar garantir a atenção integral à saúde da população idosa, com ênfase no envelhecimento saudável e ativo, tendo em vista o paradigma da manutenção e reabilitação da capacidade funcional, além do apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.



No âmbito do Estado de Minas Gerais, o documento “Atenção à saúde do idoso”, elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde (Minas Gerais, 2007), aponta que “o conceito de saúde nessa faixa populacional é abrangente e não se restringe à presença ou ausência de doença ou agravo e é estimada pelo nível de independência e autonomia” (p. 13). Para avaliar a saúde, esse documento traz uma proposta multidimensional e leva em conta o bem-estar biopsicossocial, bem como a necessidade de ações integradas da equipe multidisciplinar. É importante destacar que o estado de saúde depende da alocação de recursos em setores diversos, como educação, alimentação, infraestrutura sanitária e habitacional, incentivos ao trabalho, promoção de um estilo de vida saudável, com atividades de lazer e cuidados com o meio ambiente.

A transição epidemiológica explica, de forma abrangente, as mudanças das condições de saúde dos indivíduos. A passagem de país jovem para envelhecido, independente das condições gerais de vida, traz o cenário de indivíduos chegando à Terceira Idade na companhia de condições drásticas de diminuição da saúde (Chaimowicz, 1997; Alves et al., 2007).

Um estudo desenvolvido por Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003), a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 1998, identificou que cerca de 70% dos idosos relatam apresentar pelo menos uma condição crônica de saúde. Essa proporção se apresenta maior entre as mulheres, sendo que ela aumenta com a idade em ambos os sexos. As doenças com maior frequência de relato foram: hipertensão (43,9%), artrite/reumatismo (37,5%), doença do coração (19%), diabetes (10,3%), entre outras.

Todavia, estudos mostram que, mesmo na presença de comorbidades e diminuição da funcionalidade, é possível identificar idosos que se referem a altos níveis de satisfação e boa qualidade de vida (Lima, Silva, & Galhardoni, 2008; Paskulin, & Vianna, 2007; Cott, Gignac, & Badley, 1999).

Ao se fazer uma análise comparativa com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada em 2008, percebeu-se que a prevalência da autoavaliação da saúde como boa ou excelente aumentou entre 1998 e 2003 e entre 1998 e 2008, assim como a prevalência de hipertensão, do diabetes e da realização de três ou mais consultas médicas nos 12 meses precedentes, independentemente da idade e do sexo. Por outro lado, nos períodos correspondentes, houve diminuição da prevalência de artrite ou reumatismo, de doenças do coração, de depressão, de hospitalizações nos últimos 12 meses e do uso exclusivo do Sistema Único de Saúde (SUS). A prevalência de incapacidade funcional não mudou significativamente no período estudado (Lima-Costa et al., 2011).

Quando indivíduos envelhecidos se apresentam, no decorrer dos anos, com menor probabilidade de aparecimento de doenças, alta capacidade física e mental, além de engajamento social ativo, pode-se afirmar que essas são pessoas as quais apresentam um envelhecimento que ocorreu de forma “bem-sucedida” (Pereira et al., 2006) ou, ainda, envelhecimento saudável e, também, envelhecimento ativo (Cupertino, Rosa, & Ribeiro, 2007).

Com o intuito de dar ênfase ao fato de que a velhice e o envelhecimento podem não ser sinônimos de doença, inatividade e contração do desenvolvimento, a discussão de temas como esses tem sido cada vez mais presentes nos estudos atuais (Lima, Silva, & Galhardoni, 2008; Teixeira, & Neri, 2008). Para autores como Teixeira e Neri (2008) e Rowe e Kahn (1998), a proposição desse conceito pode ser representativa de uma mudança ideológica importante no estudo do envelhecimento, instigando o desenvolvimento de um número maior de investigações sobre os aspectos positivos na velhice e sobre o potencial de desenvolvimento associado ao envelhecimento.

No modelo teórico desenvolvido por Baltes e Baltes (1990), o envelhecimento bem-sucedido é considerado como um processo geral de adaptação. Para os autores, envelhecer, satisfatoriamente, depende do delicado equilíbrio entre as limitações e a potencialidade do indivíduo, que poderá lidar com distintos graus de ajustamento às perdas inerentes ao envelhecimento.

Em uma revisão teórica realizada sobre o tema, Teixeira e Neri (2008) concluíram que o envelhecimento bem-sucedido “aproxima-se de um princípio organizacional para alcance de metas, que ultrapassa a objetividade da saúde física, expandindo-se em um *continuum* multidimensional” (p. 91). As autoras, no estudo, enfatizaram que a análise desse constructo recai sobre a percepção pessoal das possibilidades de adaptação às mudanças advindas do envelhecimento e às condições associadas, sendo esta uma questão permeada por valores particulares dos indivíduos. Por meio dessa concepção, pode-se pensar que o presente conceito se apresenta como algo que considera, além das questões biológicas, os aspectos psicológicos e sociais (Nicolazi et al. 2009). O conceito de envelhecimento bem-sucedido se apresenta de forma modificável, susceptível a sofrer influência diretamente relacionada ao estilo de vida dos indivíduos associado ao nível de atividade, à satisfação e à preservação da saúde (Fernandes et al., 2011).

Em pesquisa realizada sobre os fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido, Moraes e Souza (2005) constataram que as relações familiares e de amizade, as condições de

saúde e de bem-estar percebido, a capacidade funcional e o suporte psicossocial podem influenciar esse constructo.

Nos últimos anos da década de 1990, a OMS (2005) substituiu a expressão “envelhecimento saudável” por “envelhecimento ativo”, definindo o processo como “otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (p. 13).

Para Ribeiro et al. (2009), o termo “ativo” se refere, “além da capacidade física e da participação na força de trabalho, ao envolvimento do indivíduo idoso nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis” (p. 502). O estilo de vida ativo apresenta-se, frequentemente, relacionado aos fatores determinantes da saúde no processo de envelhecimento, tais como: “cultura, gênero, promoção da saúde e prevenção de doenças, saúde mental, fatores psicológicos, hábitos de vida saudáveis, genética, fatores ambientais, apoio social, educação, fatores econômicos e trabalho” (p. 502).

Partindo do pressuposto de que existe uma grande variação interindividual relativa ao acesso e uso dos cuidados de saúde, ao início e à severidade de condições crônicas e às reações físicas, emocionais e cognitivas, são percebidos vários graus de alteração do estado de saúde. Dessa forma, há uma grande dificuldade em avaliar e quantificar a saúde dos indivíduos (Spirduso, 2005). Uma revisão estruturada de instrumentos que avaliam a saúde em idosos, desenvolvida por Haywood, Garrat e Fitzpatrick (2005), demonstrou que diversos instrumentos utilizados em investigações de populações idosas não apresentam propriedades psicométricas adequadamente testadas para essa população.

No intuito de esclarecer a forma como se poderia pensar essa avaliação, Spirduso (2005) propôs a definição de três dimensões que compõem a noção de saúde: a condição física, o número de problemas de saúde diagnosticado no indivíduo, o estado de saúde funcional, o modo como o indivíduo funciona dentro dos constrangimentos de saúde identificados e o estado subjetivo de saúde – a autoavaliação da saúde.

Uma possível forma que vem sendo utilizada pelas pesquisas as quais englobam o tema seria sua análise por intermédio da autopercepção de saúde. Esse método tem-se mostrado confiável e tem sido mais utilizado do que a observação direta e a utilização de um instrumento específico, principalmente em estudos epidemiológicos (Alves, & Rodrigues, 2005; Lima-Costa, Firmo, & Uchôa, 2004; Lima-Costa et al., 2007; Santos et al., 2007). É importante destacar, segundo Tahan (2009), que os indicadores tradicionais de saúde não têm conseguido, de forma individual, explicar o fato de idosos, mesmo possuidores de alguma doença, por exemplo, sentirem-se saudáveis.

Freitas et al. (2006) confirmaram a adequada utilização da autoavaliação de saúde, discutindo que a saúde percebida implica um julgamento sobre o estado de saúde atual estando dependente não só das condições objetivas de saúde, como também das experiências, dos objetivos individuais e da capacidade cognitiva do sujeito. Acrescentaram que o fato de a percepção ser construída dentro de um contexto que envolve alterações físicas e mentais próprias do processo de envelhecimento, associadas a questões culturais e ambientais, isso representa maior credibilidade à resposta, pois esta partirá do indivíduo que a vivencia. A percepção de um envelhecimento com saúde se refletirá, diretamente, na experiência de bem-estar, tema que será abordado a seguir.

### 1.2.2 Bem-estar

Este subcapítulo trata da influência do bem-estar na qualidade de vida do sujeito. Inicia com uma discussão geral sobre o tema e apresenta sua divisão conceitual em duas correntes: bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. Aborda a escolha da corrente que adota o bem-estar subjetivo, associando-a à importância desse tema no processo de envelhecimento. Também são apresentados os possíveis fatores que o influenciam, bem como as formas de avaliar a temática.

O bem-estar surge como uma experiência subjetiva valorizada pela psicologia positivista junto ao otimismo, à esperança, à satisfação e à felicidade (Seligman, & Csikszentmihalyi, 2000). Juntamente com o afluxo de novas pesquisas que abordam essa temática, foram descritas duas correntes principais para o estudo do bem-estar (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). Uma corrente é baseada nos estudos da felicidade (bem-estar subjetivo) e a outra, no potencial humano (bem-estar psicológico). Essas duas perspectivas refletem paradigmas filosóficos distintos sobre o tema. Enquanto a primeira adota uma visão de bem-estar como prazer ou felicidade, a segunda apoia-se na noção de que o bem-estar é baseado na valorização do funcionamento das potencialidades humanas, ou seja, a capacidade de pensar, usar o raciocínio e o bom senso (Ryan, & Deci, 2001).

Para Lawton (1983), em seu modelo sobre qualidade de vida na velhice, o bem-estar psicológico consiste na avaliação subjetiva da experiência interna do indivíduo quanto à sua vida em geral. Segundo seu modelo, que se aproxima das concepções de Diener et al. (1999),

o bem-estar psicológico é um constructo formado por quatro domínios ou indicadores: satisfação com a vida, felicidade, afetos positivos e afetos negativos.

No entanto os estudos de Diener et al. (1999) adotaram a perspectiva do bem-estar subjetivo. Para os autores, o bem-estar subjetivo é considerado como uma dimensão subjetiva da qualidade de vida e se manifesta por meio da satisfação com a vida e de respostas emocionais. Liberalesso (2002), em seus estudos sobre o bem-estar subjetivo, relatou que esse constructo compreende uma avaliação baseada em valores e expectativas pessoais e sociais, bem como em condições orgânicas e psicológicas presentes no indivíduo. Seria uma avaliação pessoal de vivências de capacidade, das condições ambientais e da própria qualidade de vida relacionada a três elementos: domínio global, específico e estado emocional de aspectos positivos e negativos (Neri, 2005).

De acordo com Diener et al. (1999), a satisfação engloba dois domínios: o global e o específico. O domínio global envolve sentimentos relacionados à vida atual, passada e futura, incluindo também outros aspectos; já a satisfação referenciada a domínios específicos é relacionada a aspectos ligados ao lazer, à saúde, às finanças, à vida pessoal/afetiva e ao grupo de pertença. Os estados emocionais compreendem as emoções, lembrando que os estados de humor positivos estão relacionados à alegria, ao orgulho, ao contentamento, ao amor próprio, ao carinho, à felicidade e ao êxtase; já as emoções negativas são intimamente ligadas aos sentimentos de culpa e vergonha, tristeza, ansiedade e medo, raiva/irritação, estresse, depressão e inveja.

Com o processo de envelhecimento, momento da vida em que as condições gerais da vida podem vir a se deteriorar, espera-se que o nível de satisfação também decline. Porém, apesar de os idosos experienciarem com maior frequência eventos desagradáveis, como a morte de amigos, problemas de saúde, entre outros, eles apresentam níveis de satisfação com a vida estáveis ou até mesmo maiores (Diener, Scollon, & Lucas, 2003). Esse dado mostra que a dimensão do bem-estar subjetivo pode ser um indicador importante do nível de adaptação ao processo de envelhecimento (Guedea et al., 2006).

Nesse grupo etário, as pessoas passam a experimentar e demonstrar emoções com menos intensidade e variedade, passando a ter menos capacidade de decodificação de expressões emocionais. Sob outro ponto de vista, essas alterações podem ser de natureza adaptativa, pois dão possibilidade de os idosos pouparem recursos já escassos e canalizarem os remanescentes para alvos relevantes, otimizando, dessa forma, seu funcionamento afetivo e social (Neri, 2011).

No âmbito da Gerontologia, Liberalesso (2002) reforçou que a avaliação do bem-estar subjetivo não depende apenas da avaliação sob a influência do contexto sociocultural, mas é de extrema relevância a avaliação da capacidade física e mental, que estará relacionada à qualidade das participações em atividades sociais e cotidianas.

Em estudo com idosos no ambiente rural, Sequeira e Silva (2002) verificaram que idosos mais envolvidos com contatos familiares revelaram uma atitude mais positiva face ao envelhecimento. Uma possível explicação para o fato leva em consideração a realidade do ambiente rural brasileiro, onde se verifica que os relacionamentos sociais são numerosos, situação que pode ter a capacidade de desenvolver um maior contato entre os indivíduos. Nesse caso, os autores que desenvolveram o estudo concluíram que essa condição favorece um nível elevado de bem-estar.

Em um estudo desenvolvido por Fujita e Diener (2005), os autores constataram uma forte relação entre o bem-estar subjetivo e a personalidade de cada indivíduo. Diener (1996) confirmou esse fato, revelando que as características da personalidade são fortes preditores de bem-estar subjetivo. Ainda asseverou que a avaliação do bem-estar subjetivo deve ser abarcada pelo forte princípio de individualidade. Destaca-se que um bom nível de bem-estar subjetivo, conforme Sousa, Galante e Figueiredo (2003), também pode ser decorrente do alcance de objetivos pessoais e mudanças adaptativas. Aspectos como independência, controle, competências sociais e cognitivas podem ser fortes preditores de bem-estar subjetivo elevado.

Clarke (2003) salientou que o senso de ajustamento pode ser afetado pelo impacto que as incapacidades representam na vida dos indivíduos. Nos casos em que as incapacidades estão presentes, muitas das vezes no período do envelhecimento, alterações nos aspectos de autoaceitação e de identidade individual podem ser percebidas. Para o autor, as condições crônicas podem desenvolver mudanças corporais e possuem um efeito drástico sobre o *self*, pois, nesse caso, o corpo é o meio pelo qual as concepções sobre si são formadas.

Uma pesquisa realizada no município de São Paulo, durante o estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), mostrou que 23,8% da população de idosos avaliados apresentaram, pelo menos, uma incapacidade para executar as atividades de vida diária e tiveram reduzida, pela metade, a disposição em considerar a saúde muito boa ou boa na autoavaliação (Lebrão, & Laurenti, 2005). Isso demonstra que o autoconceito sobre saúde e bem-estar subjetivo pode estar relacionado, atualmente, ao grau de dependência ou independência para realizar as atividades de vida diária.

Quanto aos diferentes fatores que interferem no bem-estar subjetivo na velhice, Cardoso e Ferreira (2009) demonstraram, em sua revisão de literatura, que numerosos estudos vêm sendo realizados nas últimas décadas. Em suma, as pesquisas têm demonstrado que o bem-estar subjetivo sofre a influência de múltiplos fatores de natureza física, sociodemográfica e social, como a saúde física (Lawton, Devoe, & Parmelee, 1995; Sarvimaki, & Stenbock-Hult, 2000), a capacidade funcional (Moraes, & Souza, 2005; Paschoal, 2002), o gênero (Adkins, Martin, & Poon, 1996; Koo, Rie, & Park, 2004), a idade (Koo, Rie, & Park, 2004) e as relações familiares (Lawton, Devoe, & Parmelee, 1995; Moraes & Souza, 2005). Entretanto, para Ryff (1989), os idosos consideram a saúde o elemento mais importante para o seu bem-estar.

Diante de conceitos tão complexos como esses, foi utilizada neste estudo a Teoria das Representações Sociais como arcabouço teórico para melhor compreender os aspectos subjetivos das representações sociais dessas temáticas.

### 1.3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO ENVELHECIMENTO HUMANO

Este capítulo aborda a Teoria das Representações Sociais, referencial teórico ao qual se recorreu neste estudo, com o intuito de aprofundar os conhecimentos acerca das representações sociais de idosos a respeito de temas de seu cotidiano, tais como qualidade de vida, saúde e bem-estar subjetivo. Será apresentada, a seguir, a teoria, além da exposição de um panorama das pesquisas que englobam a temática das representações sociais e o envelhecimento humano.

Com base nos estudos de Durkheim, a Teoria das Representações Sociais é considerada, atualmente, um “fenômeno” (Moscovici, 2007). Permeando o cruzamento de duas vertentes da psicologia social, uma disciplinar e outra geográfica, essa teoria apresenta tradições acadêmicas tanto no que diz respeito à “psicologia social sociológica” quanto à “psicologia social europeia” (Farr, 2004; Álvaro, & Garrido, 2006; Sá, 2007).

A Teoria das Representações Sociais teve seu início marcado pela publicação do livro *La psychanalyse, son image et son public*<sup>1</sup> por Serge Moscovici, em 1961, e, desde então, tem sido utilizada em inúmeros trabalhos, recebendo colaborações de renomados

---

<sup>1</sup> Obra publicada, recentemente, no idioma português: Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.

autores; no entanto, como o próprio mentor da teoria afirmou, as contribuições estão longe de se findar.

Moscovici (2012) esclarece que as representações sociais são “entidades tangíveis; circulam, se cruzam e se cristalizam continuamente através da fala, do gesto, do encontro no universo cotidiano” (p. 39). Ao contrário do que se percebe em algumas teorias, no caso da Teoria das Representações Sociais, o saber popular é respeitado e mais valorizado. Moscovici (1995) apontou a construção de um saber desenvolvido por intermédio da comunicação social. Para o autor, os fenômenos sociais que permitem identificar, de maneira concreta, as representações e de trabalhar sobre elas são as conversações referentes aos saberes populares e ao senso comum. Segundo o autor, essa teoria tem como finalidade tornar familiar algo não familiar. Conforme Moscovici (2007):

As representações que nós fabricamos – duma teoria científica, de uma nação, de um objeto, etc. – são sempre o resultado de um esforço constante de tornar comum e real algo que é incomum (não familiar), ou que nos dá um sentimento de não familiaridade. E através delas nós superamos o problema e o integramos em nosso mundo mental e físico, que é, com isso, enriquecido e transformado. Depois de uma série de ajustamentos, o que estava longe parece ao alcance de nossa mão; o que era abstrato torna-se concreto e quase normal (...) as imagens e ideias com as quais nós compreendemos o não usual (incomum) apenas trazem-nos de volta ao que nós já conhecíamos e com o qual já estávamos familiarizados (p. 58).

Segundo Sá (1996, 1998), atualmente, a “grande teoria” das Representações Sociais pode ser representada por três correntes principais: a de Denise Jodelet, em Paris, mantenedora de uma perspectiva antropológica, a de Willem Doise, em Genebra, por meio de trabalhos relacionados à dimensão sociológica, e a de Jean Claude Abric (2001), em Aix-en-Provence, com uma dimensão cognitivo-estrutural; no entanto, conforme Sá (1996, 1998), a perspectiva mais fiel à teoria original é a de Jodelet.

Esta mesma autora, Jodelet (2001), reconhecendo a dificuldade de conceituação da teoria e como sucessora dos estudos de Moscovici, demonstrou um movimento de tentativa de sistematização desses conhecimentos. Também define a representação social como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com o objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (p. 22). Essa autora apresenta um esquema em que aborda essa sistematização, conforme a Figura 2.



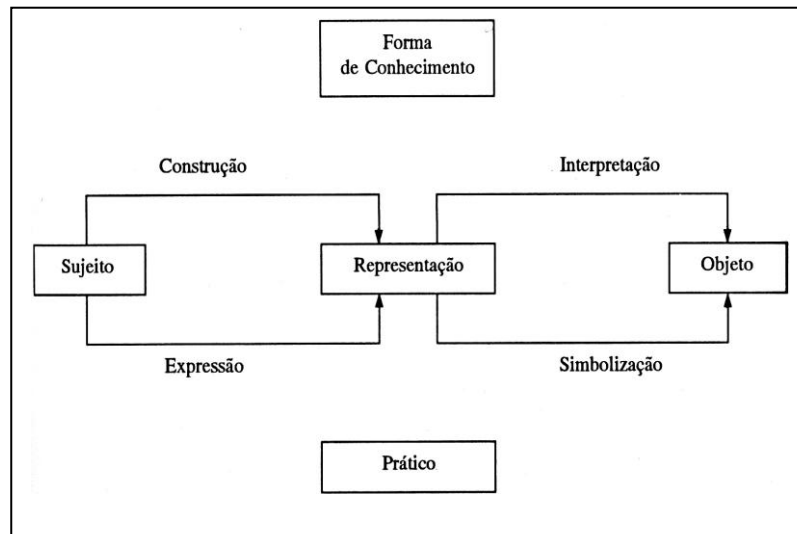


Figura 2: Esquema das Representações Sociais de Jodelet.  
Fonte: Spink (1995), adaptado de Jodelet (1989).

O campo de estudos das representações sociais é determinado por múltiplas dimensões. No esquema apresentado na Figura 2, a autora menciona dois eixos principais como campos de estudo dessa teoria: o primeiro demonstra que as representações podem constituir formas de “conhecimento prático” e o segundo mostra que elas “emergem como elaborações de sujeitos sociais acerca de um objeto” (Spink, 1995, p. 118). A primeira perspectiva estaria ligada às correntes que estudam o conhecimento do senso comum; já a segunda remete à atividade do sujeito na elaboração de suas representações.

Como campos socialmente estruturados, nessa teoria “não é o indivíduo isolado que é tomado em consideração mas sim as respostas individuais enquanto manifestações de tendências do grupo de pertença ou de filiação na qual os indivíduos participam” (Jodelet, 1984, p. 36). As representações sociais são criadas de forma interna, mental, em que o processo coletivo penetra, como fator determinante, dentro do pensamento individual. Segundo Moscovici (2007):

Pessoas e grupos criam representações no decurso da comunicação e da cooperação (...) uma vez criadas, contudo, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem (p. 41).

A construção das representações sociais é regida por dois mecanismos: o de ancoragem e o de objetivação (Moscovici, 2007). O mecanismo de ancoragem tenta ancorar –

“prender” – “ideias estranhas, reduzi-las a categorias e a imagens comuns, colocá-las em um contexto familiar” (p. 60-61). Esse mecanismo tenta se aproximar de situações desconhecidas por meio da rotulação, para que possam, dessa forma, tornarem-se conhecidas; já o mecanismo de objetivação seria a transformação da familiaridade em realidade. Um bom exemplo que identifica a teoria seria o fato de que o incomum e imperceptível a uma geração torna-se óbvio e familiar à seguinte. Esses mecanismos demonstram o que acontece quando o indivíduo se depara com algo incomum e logo faz uma associação com o que conhece, o que caracteriza, e, pouco tempo depois, já trata como algo comum.

De acordo com a “abordagem estrutural” (Abric, 1998), o processo de criação das representações é gerido por dois sistemas, um central e um periférico, com funções distintas e complementares. O sistema central, também conhecido como “núcleo central”, tem a função de gerar um sentido básico geral, sendo constituído por um ou mais elementos cognitivos. Encontra-se ligado à memória coletiva e à história do grupo. Apresenta-se como “consensual, coerente, estável, resistente à mudança e pouco sensível ao contexto social imediato” (p.31).

O sistema periférico, em complementação, é constituído pelos demais elementos da representação. Suas características, de acordo com Sá (2007), são: “Integrar as experiências e as histórias individuais, suportar a heterogeneidade e as contradições do grupo, sendo ainda capaz de mudar mais facilmente em respostas às transformações do contexto social imediato (p. 595).

Abric (1998) complementou esse pensamento, destacando que as representações possuem quatro funções essenciais, sendo elas: a de saber, a identitária, a de orientação e, também, a de justificação. A função de saber se estabelece por meio da aquisição de conhecimentos e a integração desses ao que se percebe como assimilável e compreensível. Na função identitária, as representações dão uma espécie de identidade ao grupo, diferenciando-o dos demais, mas também representa um determinado controle que pode ser exercido socialmente pela coletividade. A função de orientação se afirma ao se analisar as representações como formas condutoras de comportamentos, podendo vir a modificá-los. E, quando tomados novos comportamentos ou atitudes, utilizam-se as representações sociais como justificativas para tais situações. Neste caso, é possível se deparar com a função de justificação presente nessa teoria.

Constituída por processos sociocognitivos e com implicações diretas na vida cotidiana dos indivíduos, o estudo das representações sociais busca compreender como pessoas comuns, comunidades e instituições produzem saberes sobre si, sobre os outros e sobre os objetos sociais que lhe são relevantes (Jovchelovitch, 2008). As representações

sociais, cuja contribuição tem sido significativa para a compreensão de diversos fenômenos, apresenta-se como um referencial teórico importante também em investigações sobre envelhecimento. Jodelet (2009), em seus estudos, apresentou algumas considerações sobre o fenômeno do envelhecimento como objeto de pesquisa das representações sociais:

Pode aplicar-se este modo de análise no caso da velhice que aparece como um objeto complexo a propósito do qual se misturam dimensões pertencendo a diferentes níveis de realidade. Objeto de definições variadas, de debate social implicando valores humanos e considerações materiais, a velhice apreende-se num espaço de interação e de relações grupais e ao mesmo tempo toca algo de profundo no vivido de cada um (p. 80).

No âmbito das pesquisas em representações sociais do envelhecimento, a autora sugere adotar como perspectiva a heterogeneidade dos objetos, além do estudo das influências dos estereótipos que circulam no espaço social, as vivências dos indivíduos, considerando seu ambiente social e familiar, para que, dessa forma, a análise realizada seja o mais completa possível.

Com o intuito de traçar como as representações sociais vêm sendo estudadas, atualmente, no âmbito do envelhecimento humano, foi realizada uma busca por publicações sobre esses temas entrecruzados nos *sites* da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO<sup>2</sup>), “Biblioteca Virtual em Saúde” (BVS<sup>3</sup>), “*Pubmed*”<sup>4</sup> e “*Psycinfo*”<sup>5</sup>.

A base de dados SciELO é uma biblioteca eletrônica que abrange as publicações de países desenvolvidos e em desenvolvimento, incluindo os países da América Latina e Caribe. Nessa fonte, pode-se ter acesso às principais produções em língua portuguesa e inglesa. Vale lembrar que a busca foi realizada através do método “integrado” e “regional” para que o maior número de publicações fosse encontrado.

No *site* da Biblioteca Virtual em Saúde, foi realizada uma análise, selecionando-se “todos os índices”, o “método integrado” e “todas as fontes” (LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO, Revisões Sistemáticas, Ensaio Clínicos, Sumários de Evidência, Avaliações Econômicas em Saúde, Avaliações de Tecnologias em Saúde, Diretrizes para Prática Clínica, BIOÉTICA, CidSaúde, DESASTRES, HISA,

---

<sup>2</sup> Ver: <http://www.scielo.org>

<sup>3</sup> Ver: <http://regional.bvsalud.org/>

<sup>4</sup> Ver: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced>

<sup>5</sup> Ver: <http://www.psycnet.apa.org>

HOMEOINDEX, LEYES, MEDCARIB, REPIDISCA, PAHO, WHOLIS<sup>6</sup>, Localizador de Informação em Saúde (LIS), Terminologia em Saúde (DeCS) e Serviço de Cópia de Documentos, Catálogo de Revistas Científicas (SCAD).

Na busca realizada no *site Pubmed*, composto por mais de 21 milhões de citações da literatura biomédica, revistas de ciências da vida e livros *online*, considerada uma das mais relevantes fontes de pesquisa na área da saúde atualmente, foram selecionados os seguintes filtros na busca avançada: “*all fields*” e “*date-publication*”.

Igualmente no *site Psycinfo*, considerada uma das mais importantes bases de dados da área da Psicologia, desenvolvida e mantida pela *American Psychological Association* (APA), foi feita uma busca avançada e optou-se pela seleção dos filtros: “*any field*” e “*date published*”.

A amplitude desta investigação foi estabelecida por meio da seleção de todas as publicações indexadas nessas bases, utilizando-se como termos “representações sociais” e “envelhecimento”, bem como sua tradução para o idioma inglês, “*social representations*” and “*aging*”. Foram encontradas, nessa busca, 219 publicações; no entanto, 145 dessas foram excluídas por não se enquadrarem ao tema pesquisado. As 74 publicações restantes foram analisadas conforme os seguintes critérios: ano de publicação, natureza (observacional ou quase-experimental), abordagem (qualitativa, quantitativa ou mista), procedimento técnico utilizado (pesquisa bibliográfica, documental, de laboratório ou de campo); desenvolvimento durante o tempo (transversal, longitudinal, prospectiva ou retrospectiva) (Fontelles et al., 2009) tipo de análise dos dados, amostra, tema central e objetivo da pesquisa.

As publicações sobre representações sociais e envelhecimento começaram a aparecer nessas bases de dados, no ano de 1977, com apenas uma publicação. Apresentaram um crescimento lento até os anos 2000, a partir do qual o crescimento passou a ser mais significativo, tendo seu ápice em 2011, com 11 publicações (14,86%).

O idioma das publicações concentrou-se em seis nacionalidades, português (70,27%, n=52), inglês (20,27%, n=15), espanhol (5,40%, n=4) e alemão, francês e italiano com uma publicação cada.

Quanto à sua natureza de pesquisa, as publicações foram, em sua maioria, observacionais (95,9%, n=71), uma foi quase-experimental e duas não informaram o tipo de pesquisa. A abordagem mais presente foi a qualitativa (95,9%, n=71), uma publicação com a abordagem mista, quali-quantitativa, e duas não informaram.

---

<sup>6</sup> *World Health Organization's library database* (WHOLIS)

O procedimento de coleta de dados mais utilizado foi o de campo com 75,7% (n=56), seguido de documental (13,5%, n=10), bibliográfico (5,4%, n=4), sendo que uma publicação utilizava-se de dois tipos de procedimentos documental e de campo. Quanto ao desenvolvimento no tempo, a maioria das publicações analisadas foram do tipo transversal (86,5%, n=64). O tipo retrospectiva apareceu em 5 publicações (6,8%), o longitudinal em 2 publicações. Em 3 publicações, não foi informado o tipo de procedimento de coleta de dados nem o desenvolvimento dessas no tempo.

Nessa busca, foram encontrados tipos diversos de instrumentos, sendo que a utilização de entrevista (55,4%, n=41) foi a forma mais encontrada de coleta de dados. A análise de documentos esteve presente em 9 (12,16%) publicações, e a utilização de questionários em 7 delas (9,45%). Foram encontrados, também, outros tipos de instrumentos, *questionário e entrevista* (Brêtas, 1999; Ezequiel, & Sonzogno, 2006); *estudo do tipo etnográfico* (Brigeiro, 2000); *desenho, entrevista e brincadeira tematizada* (Lopes, & Park, 2007); *entrevista e desenho história com tema* (Andrade, 2003). As demais publicações (16,21%, n=12) não informaram o instrumento utilizado.

Quanto à análise que foi realizada nas publicações, encontrou-se o *Discurso do Sujeito Coletivo* (DSC) (Rossetto-Mazza, & Lefèvre, 2005; Novaes, & Derntl, 2002; Novaes, 2001; Vigeta, Habhul, Tufik, & de Oliveira, 2012; Silva, Lemes, Vitorino, & Moreira, 2010; Silva, Siqueira, & Lima, 2009), *a revisão de literatura* (Abrahão, 2008; Patrocínio, & Gohn, 2005; Oliveira, & Santos, 2002; Aguiar, Gomes, Fernandes, & Silva, 2011; Laranjeiras, 2010; Moliner, Ivan-Rey, & Vidal, 2008), *software Análise Lexical Contextual de Conjuntos de Segmentos de Texto (ALCESTE)* (Magnabosco-Martins, Camargo, & Biasus, 2009; Araújo, Coutinho, & Santos, 2006; Teixeira, Nascimento-Schulze, & Camargo, 2002; Veloz, Nascimento-Schulze, & Camargo, 1999; Teixeira, Settembre, & Leal, 2007), *análise de conteúdo* (Santos, & Meneghin, 2006; Borini, & Cintra, 2002; Costa, Silva, Alves, Silva, & Leite, 2007), *desenho história com tema* (Aranha, 2003; Andrade, 2003; Lopes, & Park, 2007), *associação livre de palavras* (Ferreira, Maciel, Silva, Sá, & Moreira, 2010; Teixeira, Franchin, Durso, Donati, Facin, Pedreschi, 2007; Aranha, 2003), *teste EVOC* (Silva, Gomes, Oliveira, & Souza, 2011; Wachelke, 2009; Piuvezam, Ferreira, Soares, Souza, & Alves, 2006), *grupo focal (n=2)*, *software Tri-Deux-Mots* (Ferreira, Maciel, Silva, Sá, & Moreira, 2010; Araújo, Coutinho, & Saldanha, 2005), *história oral* (Brêtas, 1999) e *análise de fotos* (Kessler, & Schwender, 2012). Em 43 (58,1%) estudos, não foi informado o tipo de análise realizada.

As investigações em representações sociais estão associadas a diversos objetos de estudo. Como afirma Jodelet (2009), os estudos que buscam analisar as representações sociais no campo do envelhecimento são bem diversificados. Será analisada, mais adiante, a caracterização da busca quanto à amostra, ao tema central e ao objetivo das publicações.

As representações sociais no campo do envelhecimento, nessa busca, foram pesquisadas em diferentes amostras, mas a que obteve mais expressão foi a pesquisa que se utilizou dos próprios idosos como fonte de informação (25,67%, n=19). Opiniões de diversas faixas etárias também foram consideradas (28,37%, n=21), sendo que os universitários representaram 5 (6,75%) das publicações analisadas e as crianças, uma publicação. A fonte documental foi encontrada em 7 publicações (9,45%). Também foram encontradas publicações que tiveram como fonte de informação os profissionais de saúde (4,05%, n=3), sendo que uma utilizava-se da opinião desses juntamente com os usuários dos serviços de saúde. Os cuidadores, os aposentados e as imagens foram fontes de pesquisa em 2 (duas) publicações cada. Encontrou-se, também, a presença dos funcionários das ILPIs e de pesquisas com familiares junto aos idosos (n=1, cada). A análise do tema central das publicações confirmou a diversidade de pesquisas existentes no campo do envelhecimento. A Figura 3 exemplifica esses achados.

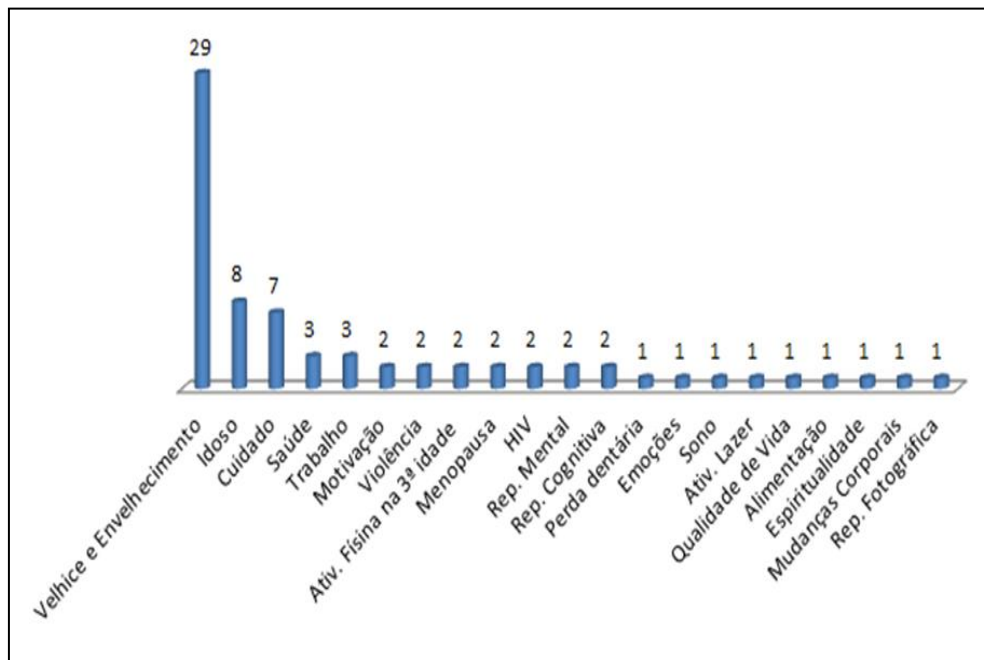


Figura 3: Distribuição das pesquisas de acordo com os temas.

Fonte: A autora (2012).

Com maior expressividade, encontram-se as pesquisas que buscam a análise das representações sociais do processo do envelhecimento (39,18%, n=29). Outros 2 (dois) temas que apresentam um maior número de publicações é a representação social do idoso (10,81%, n=8) e do cuidado (9,45%, n=7). As demais publicações relacionaram as representações sociais a temáticas diversas, tais como saúde e trabalho (n=3, cada); motivação, violência, atividade física na Terceira Idade, menopausa, HIV<sup>7</sup>, representação mental, representação cognitiva (n=2, cada); perda dentária, emoções, sono, atividade de lazer, qualidade de vida, alimentação, espiritualidade, mudanças corporais e representação fotográfica (n=1, cada). Muitos outros objetivos são adotados nos estudos sobre representações sociais, na temática do envelhecimento; no entanto, para essa revisão, serão apontados apenas os mais recorrentes.

As publicações que buscam analisar as representações sociais do processo de envelhecimento o investigam sob objetivos diversificados. Alguns estudos assinalados neste trabalho exemplificam esse dado. Soares (1997), em sua monografia, buscou levantar as representações sociais da velhice apresentadas por profissionais de saúde de serviços especializados em 2 (duas) instituições. Compara essas duas, a fim de verificar se há ou não intersubjetividade na maneira de os 2 (dois) grupos representarem a velhice.

Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999) estudaram esse tema em três grupos de indivíduos, professores aposentados, participantes de um programa da Universidade da Terceira Idade e residentes em um centro para idosos. Constataram, neste estudo, três tipos de representação social do envelhecimento: uma representação doméstica e feminina, em que os autores apontaram, principalmente, para a diminuição dos laços familiares, uma representação masculina apoiada nos aspectos de atividade, que mostram o envelhecimento como uma fase na qual se perde o ritmo de trabalho, e outra representação mais utilitarista. Neste caso, o corpo é representado como uma máquina, e o envelhecimento seria seu desgaste. Nesse trabalho, os autores destacaram a variável “sexo”, que apresentou condições diferenciadas de análise das diferentes representações sociais.

Em estudos sobre as representações sociais de “ser velho” e “cuidar de velhos”, em dois grupos de graduandos em enfermagem, Novaes e Derntl (2002) buscaram investigar se a presença ou não de uma disciplina sobre Geriatria e Gerontologia, em suas grades curriculares, afetaria sua representação social de envelhecimento. Os autores verificaram que, em ambos os grupos, foram apresentadas representações de velhice associadas a aspectos negativos e com preconceitos; no entanto, também pôde-se perceber a presença de

---

<sup>7</sup> *Human Immunodeficiency Virus.*

associações com a experiência de vida, autonomia e independência. Dessa forma, os autores apontaram para a necessidade da inserção desses conteúdos na formação de enfermeiros, para que se adote uma assistência mais coerente e que desmistifique a presença de estereótipos negativos da velhice. Também, em um estudo com alunos de graduação em enfermagem, Santos e Meneghin (2006) objetivaram identificar as concepções desses alunos sobre o envelhecimento. Os autores apontaram para concepções negativas do envelhecimento e buscaram evidenciar a necessidade de mudanças na sociedade e na família.

Ovile (2005), em sua Tese de Doutorado, investigou médicos e enfermeiras, idosos saudáveis e cuidadores de idosos dependentes sobre as representações sociais do envelhecimento, do papel social do idoso na comunidade, de problemas de saúde mental em idosos e das formas de cuidar desses problemas. Quanto aos processos relacionados às representações sociais do envelhecimento, a autora concluiu, por meio de seus achados, que os indivíduos investigados demonstraram uma desvalorização do papel social do idoso, atribuindo-o ao fim do trabalho ou à perda da saúde. O cuidado do idoso dependente foi atribuído, preferencialmente, à família, mesmo reconhecendo a sobrecarga que pode ser gerada nesse tipo de assistência. No estudo de Comerlato, Guimarães e Alves (2007), uma investigação realizada apenas com profissionais, os resultados mostram representações sociais divergentes entre as concepções dos participantes, indicando defasagem na assimilação das mudanças ocorridas na realidade do envelhecimento. Esses autores apontaram para a deficiência em qualificação especializada.

Com alunos do curso de Medicina, Ezequiel e Sonzogni (2006) analisaram as representações sociais que esses possuíam do idoso e da velhice. Esses alunos conceituaram velhice como um período de sabedoria e experiência; no entanto, apresentaram também as características de ser um período da vida no qual acontecem perdas e se percebem as limitações. Quanto à expectativa junto ao processo, sentem medo e angústia, pois associam a velhice à doença e à morte.

Lopes e Park (2007) investigaram a representação social de crianças sobre velho e envelhecimento por intermédio das metodologias de desenho, entrevista e brincadeira. Nesse estudo, os resultados apontaram para uma representação social do velho, mostrando aspectos físicos ou associados a avós, a doenças, à morte, à diminuição do trabalho e das atividades e à heterogeneidade do tema. Já com relação ao processo de envelhecimento, essas crianças o relacionaram com o passar do tempo e sinalizaram que isso ocorre com todos os indivíduos.

Teixeira, Settembre e Leal (2007) objetivaram analisar as representações sociais de mulheres sobre envelhecimento, rejuvenescimento e métodos de rejuvenescimento. Os autores



concluíram que a representação social do envelhecimento se apresenta, para esse grupo, centrada em perdas e ganhos. Sobre rejuvenescimento e métodos utilizados, as mulheres relataram que os utilizam somente em casos de extrema necessidade, mostrando os motivos de saúde e os riscos que esses métodos provocam. Elas concordam quanto ao uso de métodos naturais de rejuvenescimento, em vez dos métodos invasivos.

Também em estudo com o mesmo público anterior, Teixeira, Franchin, Durso, Donati, Facin e Pedreschi (2007) analisaram as representações sociais de mulheres sobre envelhecimento e rejuvenescimento. Os resultados sobre envelhecimento apontaram para a existência de ideias antigas cristalizadas em imagens, como sabedoria e experiência. Em relação ao rejuvenescimento, as mulheres apresentaram uma atitude favorável à prevenção do envelhecimento relacionada à melhoria de condições de saúde, em detrimento dos cuidados estéticos. Para essa amostra, os autores concluíram que há uma associação da representação social do rejuvenescimento mais voltada para cuidados com a saúde do que com a beleza estética.

Na pesquisa de Magnabosco-Martins, Camargo e Biasus (2009), foram entrevistados 3 grupos de indivíduos (adolescentes, adultos e idosos), a fim de saber suas concepções sobre idoso e velhice. Os resultados mostraram uma diferenciação para os três grupos. Para os idosos, idoso e velhice são associados às relações familiares, à atividade e à ideia de espírito jovem. Os indivíduos não idosos vincularam as perdas físicas e psicológicas à experiência e sabedoria. De um modo geral, os indivíduos pensaram o envelhecimento como etapa e não como processo, e essa é associada à figura do velho em contraposição ao termo idoso, que se enquadra em uma visão mais positiva.

Sob a perspectiva de indivíduos idosos, os estudos, em sua maioria, concentraram-se na percepção do processo do envelhecimento por esses indivíduos. Araújo, Coutinho e Saldanha (2005) investigaram as representações sociais da velhice entre idosos de Instituições de Longa Permanência para Idosos e de grupos de convivência. Nesses estudos, os autores indicaram uma visão dividida em dois polos, um positivo e outro negativo. No polo positivo, estariam as vivências relacionadas aos ganhos e, no polo negativo, estariam associadas às perdas inerentes à velhice, havendo também uma associação de velhice e doença como sinônimas.

Em estudo específico com a população idosa masculina, Silva, Siqueira e Lima (2009) detiveram-se em algumas ideias centrais que encontraram, ou seja, os idosos percebem o envelhecimento como: coisa boa; consequência da vida; não sei; tudo bem; não é bom, é difícil; sorte; o tempo passou; sequência da vida; dádiva de Deus; vida com saúde.

Sobre o envelhecimento ativo, Ferreira, Maciel, Silva, Santos e Moreira (2010) entrevistaram idosos e perceberam a presença significativa de conteúdos positivos. Já para idosos fisicamente independentes, segundo Ferreira, Maciel, Silva, Sá e Moreira (2010), os questionamentos a respeito de idoso e velho foram vistos de forma negativa, e o questionamento relativo a idoso ativo, embora apresentasse algumas conotações negativas, também foi associado a questões positivas.

As representações sociais do envelhecimento em músicas e notícias de jornal também têm sido investigadas. Em 2008, Hack e Gomes realizaram uma análise de músicas em tempos diferenciados, buscando identificar mudanças nas relações estabelecidas com o ato de ser velho. Já em notícias de jornal, Stacheski e Massi (2011) analisaram os discursos midiáticos diante do processo do envelhecimento. Discussões teóricas aparecem em um número menor de estudos, mas não menos importantes.

Brigeiro (2000), em sua Tese de Doutorado, discutiu a abordagem tradicional da Gerontologia. Especificamente, em seu estudo, encontra-se a associação das representações acerca da velhice, da sexualidade e da masculinidade. Já van Tilburg (2009) analisou as representações sociais da velhice nos livros de conduta do início do período moderno e século XIX, propondo uma abordagem diferente na discussão de gênero, no envelhecimento.

Oliveira e Santos (2002) apresentaram uma discussão sobre o surgimento de um novo modelo de envelhecimento, mostrando que, no âmbito das teorias psicológicas e aliado a um processo situacional de aposentadorias precoces, deve-se levar em consideração novos elementos que se agregam às representações de velhice e aposentadoria.

De um lado, encontra-se a retomada de aspectos relacionados às discussões conceituais e, de outro, existem autores focados em desvendar questões mais específicas da análise das representações sociais do envelhecimento, tais como a discussão sobre a adoção de diferentes técnicas de análise dessas representações (Teixeira, Balão, & Settembre, 2008; Wachelke, 2009; Wachelke, & Contarello, 2010; Wachelke, & Contarello, 2011).

Nos estudos que investigam as representações sociais dos idosos, são encontrados objetivos também diferenciados. Moliner, Ivan-Rey e Vidal (2008) pesquisaram as representações dos idosos por meio da divisão em três formas de análise: a identidade dos sujeitos de idade; a categorização social dos idosos e as representações sociais dos idosos.

O uso da literatura como objeto de estudo também aparece nas pesquisas relacionadas a esse tema. Em Guerra e Caldas (2010), as representações que os idosos relatam de si próprios são investigadas em imagens da literatura. Os autores informaram que a sociedade observa o envelhecimento como um problema, criando, dessa forma, condições

para o estabelecimento de um estereótipo de exclusão desses idosos. Realizando uma análise de trabalhos que investigam as opiniões desses idosos, os autores constataram a importância das escolhas ao longo da vida desses indivíduos, das possibilidades ditas internas e da influência do engajamento social na autopercepção do envelhecimento.

A presença de alguma enfermidade também pode significar alguma alteração na capacidade de o indivíduo perceber sua velhice. Neste caso, os estudos investigam as representações de ser idoso na presença dessas enfermidades, como no estudo de Costa, Silva, Alves, Silva e Leite (2007), os quais investigaram as representações sociais dos idosos em hemodiálise, hipertensos e com *diabetes mellitus*.

A representação do cuidado também apareceu com expressividade nas publicações analisadas. Andrade (1996), em sua Dissertação de Mestrado, buscou compreender as representações sociais de cuidadores de idosos com sequela de acidente vascular cerebral. Já Gandolpho (2002) procurou saber como profissionais de enfermagem representam o cuidado de idosos hospitalizados. Novaes e Derntl (2002) buscaram, em universitários que cursavam graduação em enfermagem, as representações sociais sobre “Ser Velho” e “Cuidar de Velhos”. Os significados de ser idoso e cuidador de idoso aparecem no estudo de Silva, Silva, Moreira e Gomes (2009), que apontaram as categorias que emergiram da pesquisa: "ter paciência"; "cuidadoso"; e "algo gratificante", além de concluírem que ser idoso e cuidar de idoso teve uma conotação positiva.

Aguiar, Gomes, Fernandes e Silva (2011), na revisão de literatura de suas pesquisas, acrescentaram que as representações sociais dos cuidadores mostram que o adoecimento ou a necessidade de cuidados especiais com um idoso abrange uma dimensão corporal, as relações familiares e sociais. Nesse estudo, esclareceram que há um lado positivo e outro negativo: o positivo seria a consideração de seu ente em seu meio familiar, como a retribuição, a ajuda e o desvelo; o lado negativo seria pela imposição do cuidado, o desamparo e pelo desgaste que essa tarefa representa.

Pôde-se perceber, por meio da busca das publicações indexadas nas bases de dados SciELO, BVS, *Pubmed e Psycinfo*, que os estudos sobre as representações sociais e o envelhecimento humano vêm crescendo nos últimos anos, o idioma mais frequente na análise realizada foi o português (70,27%), e as pesquisas são do tipo observacionais (95,9%) e qualitativas (95,9%). O procedimento de coleta de dados mais utilizado foi o de campo (75,7%) com coletas transversais (86,5%). O instrumento com utilização mais frequente foi a entrevista (55,4%) e, quanto ao tipo de análise, percebeu-se a utilização em maior número da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (8,1%), a revisão de literatura (8,1%) e a utilização

do *software* ALCESTE (6,75%). As fontes amostrais foram diversas; entretanto, a pesquisa com os próprios idosos obteve maior expressão (25,67%), sendo que o tema de maior interesse das pesquisas é a análise das representações sociais da velhice e do processo de envelhecimento (39,18%).

Mediante o que foi exposto, este estudo recorre à Teoria das Representações Sociais, pois esta se apresenta como uma ferramenta fundamental para o aprofundamento dos conhecimentos acerca do processo de envelhecimento e demonstra ser apropriada ao objetivo da presente pesquisa.

Em seguida, um trecho desta pesquisa se desdobra em levantar e analisar as atuais publicações relacionadas às temáticas: “qualidade de vida”, “saúde” e “bem-estar subjetivo” no envelhecimento.

## **CAPÍTULO 2: PESQUISAS SOBRE OS TEMAS QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E BEM-ESTAR SUBJETIVO REALACIONADAS AO ENVELHECIMENTO**

Na atualidade, observa-se um grande aumento no volume de pesquisas associadas à temática do envelhecimento populacional. Em consonância com o avanço das práticas médicas, percebe-se uma expressiva mudança na visão até então estabelecida, ou seja, de que o envelhecimento consistia em algo negativo, diretamente associado a doenças, dependências e falta de produtividade.

Com o intuito de analisar as produções científicas referentes aos temas “qualidade de vida”, “saúde” e “bem-estar subjetivo” no envelhecimento, foi desenvolvida uma análise descritiva de caráter bibliométrico em três bases de dados consideradas referência em publicações científicas das áreas de saúde e psicologia: “BVS”, “*Pubmed*” e “*Psycinfo*”.

Nesta pesquisa, optou-se pela utilização de termos baseados nos DeCS<sup>8</sup>, disponíveis na página da Internet da Biblioteca Virtual em Saúde. Foram selecionados os seguintes descritores: “qualidade de vida” e “envelhecimento”; “saúde do idoso”; “bem-estar subjetivo” e “envelhecimento”; e suas respectivas traduções para o idioma inglês “*quality of life*” and “*aging*”; “*health of the elderly*”; “*subjective well-being*” and “*aging*”, sendo que a busca foi realizada entre os meses de julho e outubro do ano de 2011.

Foi feito um corte temporal dos últimos 4 anos para que a busca filtrasse as pesquisas publicadas entre 2008 e 2012. A amplitude desta investigação foi estabelecida por meio dos tipos de pesquisas indexadas nessas bases, utilizando-se como critérios de inclusão estudos que utilizassem como amostra, exclusivamente, idosos (indivíduos com idade igual ou acima de 60 anos) e ainda que fizessem uso de algum instrumento para a coleta das informações referentes aos temas investigados.

Foi encontrado um total de 152.637 publicações sobre o tema entre os anos de 2008 e 2012. Os números encontrados se distribuem de acordo com a Tabela 1.

---

<sup>8</sup> Ver: <http://www.decs.bvs.br>

Tabela 1: Achados referentes às bases de dados investigadas.

<b>BASES DE DADOS INVESTIGADAS</b>						
		<b>Descritores</b>	<b>Geral</b>	<b>2008-12</b>	<b>Artigos selecionados</b>	<b>Artigos Analisados</b>
<b>BVS</b>	Português	Qualidade de vida e envelhecimento	785	249*	<b>200</b>	<b>42</b>
		Saúde do idoso	17.134	1.992*	<b>200</b>	<b>1</b>
		Bem-estar subjetivo e envelhecimento	3	1	<b>1</b>	<b>1</b>
	Inglês	Quality of Life and aging	4.471	1.373*	<b>200</b>	<b>18</b>
		Health of the Elderly	2.353	305*	<b>200</b>	<b>7</b>
		Subjective well-being and aging	9	4	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>Pubmed</b>	Português	Qualidade de vida e envelhecimento	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
		Saúde do idoso	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
		Bem-estar subjetivo e envelhecimento	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
	Inglês	Quality of Life and aging	5.496	1.798*	<b>200</b>	<b>27</b>
		Health of the Elderly	512.309	146.704*	<b>200</b>	<b>10</b>
		Subjective well-being and aging	412	129	<b>129</b>	<b>18</b>
<b>Psycinfo</b>	Português	Qualidade de vida e envelhecimento	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
		Saúde do idoso	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
		Bem-estar subjetivo e envelhecimento	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
	Inglês	Quality of Life and aging	69	22	<b>22</b>	<b>0</b>
		Health of the Elderly	327	41	<b>41</b>	<b>0</b>
		Subjective well-being and aging	61	19	<b>19</b>	<b>1</b>
<b>Total</b>				<b>152.637</b>	<b>1.416</b>	<b>126</b>

Fonte: A autora (2011).

\* Foram analisadas as 200 produções mais recentes.

Nas bases de dados em que foi encontrado um número expressivo de produções para alguns descritores, BVS e *Pubmed*, optou-se pela seleção e análise apenas das 200 últimas publicações, para que, dessa forma, fossem priorizadas as publicações mais recentes. Dessa forma, foi analisado um total de 1.416 publicações (200 publicações para “qualidade de vida” e “envelhecimento”; 200 para “saúde do idoso” no BVS; 400 para “*quality of life*” and “*aging*” – 200 para BVS e 200 *Pubmed* –; 400 para “*health of the elderly*” – 200 para BVS e 200 *Pubmed*; 1 publicação para “bem-estar subjetivo” e “envelhecimento” e 4 publicações para “*subjective well-being*” and “*aging*” no BVS; 129 para “*subjective well-being*” and “*aging*” no *Pubmed*; e no *Psycinfo* foram 22 para “*quality of life*” and “*aging*”, 41 para “*health of the elderly*” e 19 para “*subjective well-being*” and “*aging*”), como mostra a Tabela 1.

Seguindo os critérios de inclusão anteriormente estabelecidos, apenas 126 publicações se adequaram à necessidade desta pesquisa. Foram excluídas as publicações que não se enquadravam aos critérios estabelecidos e as que se repetiam dentro de um mesmo assunto, no mesmo *site* e entre *sites* diferentes.

Dividindo essas 126 publicações por *site*, constatou-se que, para os descritores escolhidos, a base de dados que mais forneceu publicações foi a BVS (n=70), seguida do *Pubmed* (n=55), sendo que, no *Psycinfo*, foi encontrada apenas uma publicação (ver Figura 4).

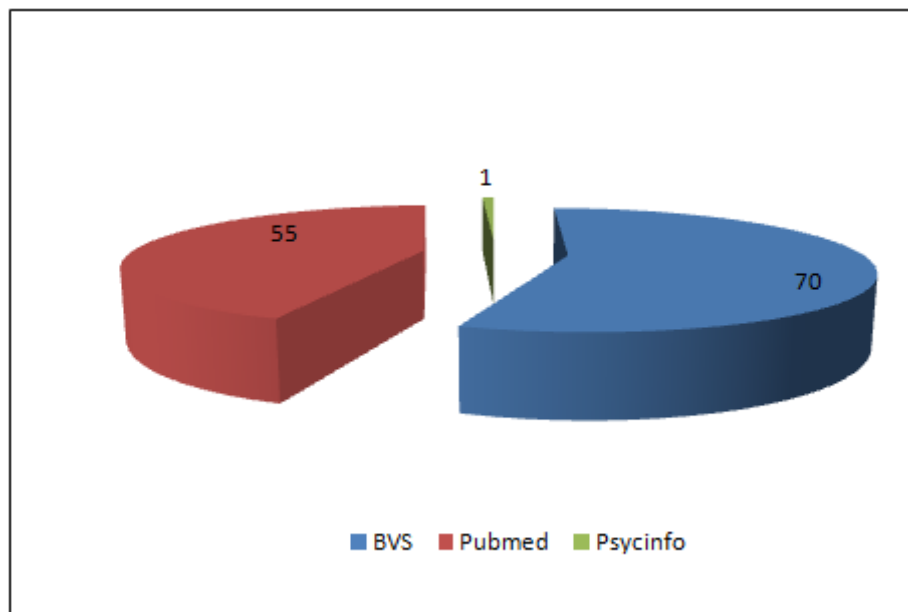


Figura 4: Publicações por base de dados.  
Fonte: A autora (2011).

Analisando os achados divididos pelos temas abordados, “qualidade de vida”, “saúde do idoso” e “bem-estar subjetivo”, notou-se que uma grande parte deles é sobre o tema “qualidade de vida” os quais foram encontrados no *site* da BVS; já para os temas “saúde do idoso” e “bem-estar subjetivo”, a base de dados *Pubmed* se sobressaiu entre as demais, como se pode observar na Figura 5.

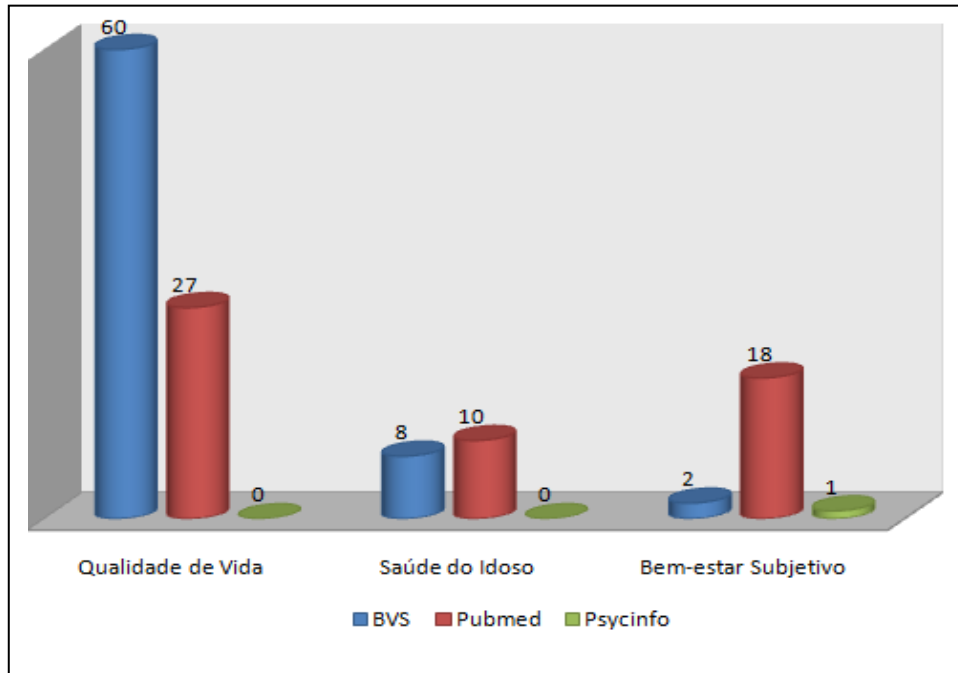


Figura 5: Publicações por tema e por base.  
Fonte: A autora (2011).

Observa-se, conforme a Figura 5, que a temática mais abordada foi a qualidade de vida, com 69% das publicações (n=87), seguida de bem-estar subjetivo, com 17% (n=21) e saúde do idoso, com 14% (n=18). Nesse caso, observou-se uma incoerência nos achados sobre saúde do idoso, pois, na busca inicial, foi este o tema de maior representatividade em comparação com os outros dois. Entretanto, foi possível justificar essa discrepância, por meio da análise dos artigos que tratavam dessa temática, pelo fato de não utilizarem instrumentos para avaliação e, diante disso, foram excluídos desta amostra. A Figura 6 apresenta a pesquisa por temas.

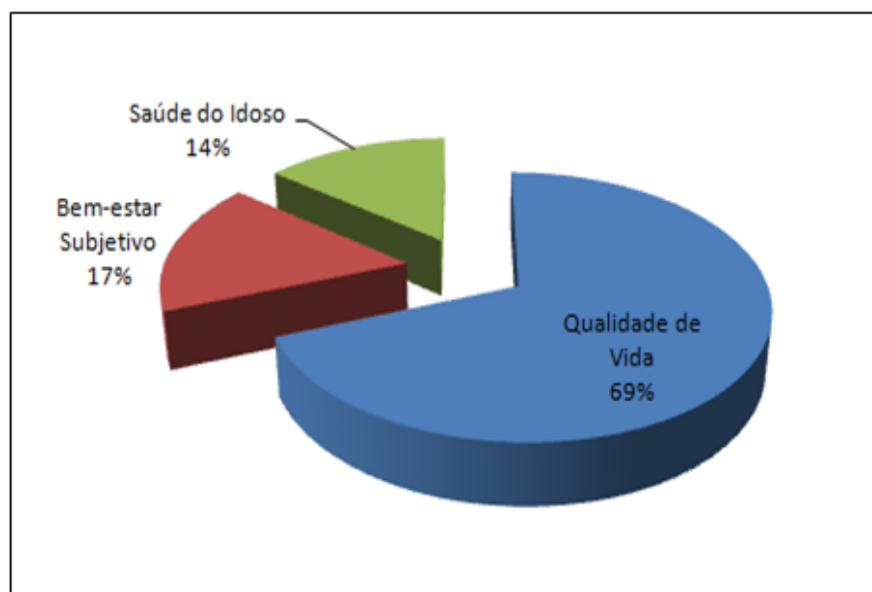


Figura 6: Pesquisa por temas.  
Fonte: A autora (2011).



Muitas investigações têm sido desenvolvidas sobre os temas escolhidos, abordando o processo de envelhecimento dos indivíduos, representando uma necessidade cada vez mais expressiva de que essas pesquisas sejam bem estruturadas e utilizem metodologias adequadas.

Por conseguinte, as publicações encontradas foram analisadas mediante os seguintes critérios: idioma; ano; natureza da pesquisa (observacional, experimental ou quase-experimental); tipo de abordagem (qualitativa, quantitativa ou mista); procedimento técnico utilizado (pesquisa bibliográfica, documental, de laboratório ou de campo); desenvolvimento durante o tempo (transversal, longitudinal, prospectiva ou retrospectiva) (Fontelles et al., 2009); quantidade amostral, tema principal da pesquisa, tipo de instrumento utilizado (questionário, entrevista, documento e entrevista, entrevista e questionário, validação ou apenas documento) e qual instrumento foi utilizado.

Optou-se pela descrição dos dados encontrados nas pesquisas sobre qualidade de vida, saúde do idoso e bem-estar subjetivo, separadamente, para que, dessa forma, os dados possam ser melhor analisados.

## 2.1 QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO

O tema “qualidade de vida” tem sido muito estudado na atualidade. Inúmeros estudos têm sido desenvolvidos, utilizando-se de diversas abordagens, metodologias, faixas etárias, entre outras especificidades. A presente pesquisa confirma este dado. Entre as temáticas pesquisadas, a qualidade de vida foi o tema mais encontrado na busca realizada nas três grandes bases de dados: das 126 publicações selecionadas para análise, 87 foram sobre qualidade de vida.

Como mostra a Figura 7, a seguir, a produção sobre o tema seguiu um crescimento expressivo nos últimos 4 anos. O idioma mais utilizado foi o inglês em 70,1% das publicações (n=61), seguido do português em 20,5% (n=18), também foram encontradas publicações em espanhol (n=3), russo e holandês (n=2, cada) e em alemão (n=1).

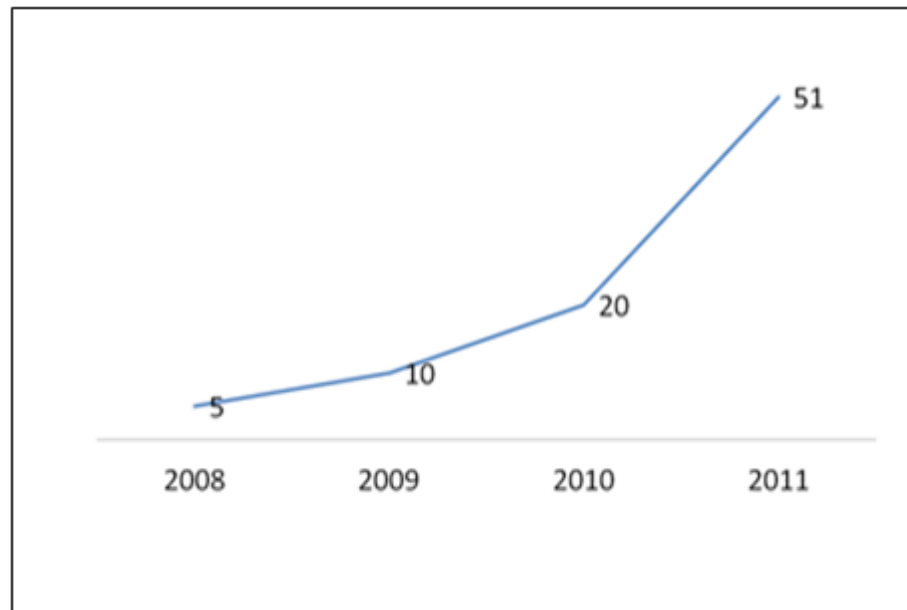


Figura 7: Publicações por ano da qualidade de vida.

Fonte: A autora (2011).

\* Foi encontrada apenas uma publicação para 2012.

A natureza de pesquisa mais observada foi do tipo observacional (78,2%, n=68), seguida de 21,8% (n=19) para a natureza quase-experimental. Quanto à abordagem utilizada, foram encontradas 81,6 % (n=71) para a quantitativa, seguida de 10,3% (n=9) para a qualitativa e 8% (n=7) para a abordagem mista. A maioria dos estudos foram desenvolvidos utilizando como procedimento técnico a coleta de campo (95,4%, n= 83), seguido de estudo bibliográfico (3,4%, n=3), havendo um estudo que reunia tanto a coleta de campo como a pesquisa bibliográfica.

Quanto ao desenvolvimento durante o tempo, observou-se que 89,7% dos estudos (n=78) foram do tipo transversal, cinco estudos (5,7%) do tipo longitudinal e os quatro restantes (4,6%), divididos igualmente entre estudos retrospectivos e prospectivos. O número amostral utilizado nas pesquisas também foi analisado e se apresenta conforme a Figura 8. Em 46% dos casos (n=40), a amostra foi composta de até 200 indivíduos, seguida de 20,7% (n=18) para estudos com mais de 1.000 indivíduos. Vale ressaltar que 6 estudos (6,9%) utilizaram amostras de 201 a 400 indivíduos, 4 estudos com amostra de 601 a 800 indivíduos e apenas uma obteve a amostra no intervalo de 401 a 600 indivíduos. Para 3 estudos, esse tipo de análise não se aplica, visto que são revisões bibliográficas, e 15 estudos (17,2%) não informaram o número amostral.

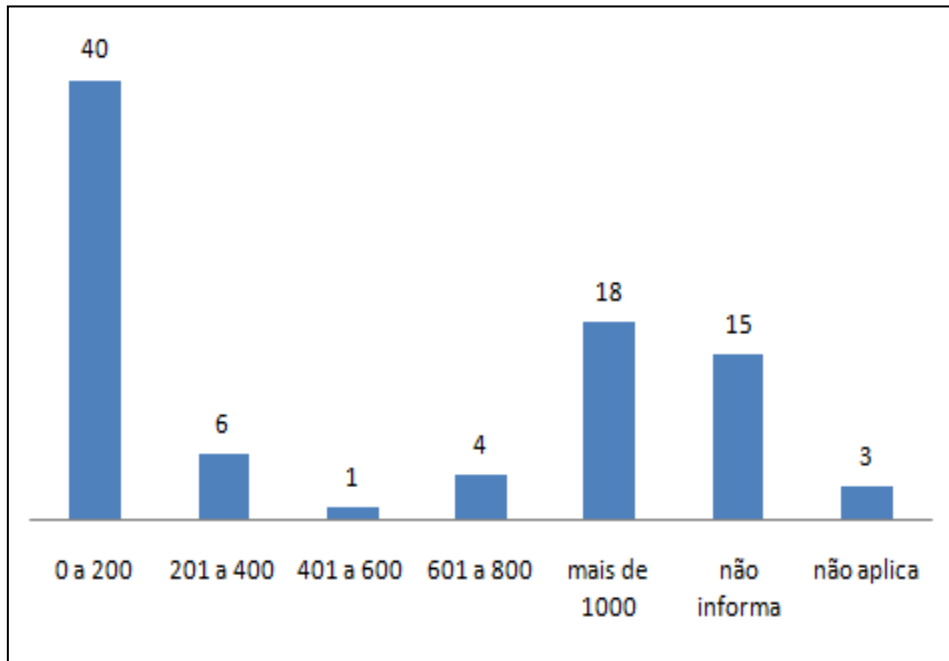


Figura 8: Número amostral utilizado nas publicações.  
 Fonte: A autora (2011).

No que tange aos propósitos dos estudos, foram encontradas associações da qualidade de vida a diversos outros fatores, tais como doenças, prática de exercícios físicos, aspectos sociodemográficos, saúde, saúde bucal, percepções pessoais, entre outros.

Estudos que possuem como objetivo avaliar a qualidade de vida em indivíduos acometidos por alguma doença foram os mais encontrados (35,6%, n=31), conforme se pode verificar na Figura 9.

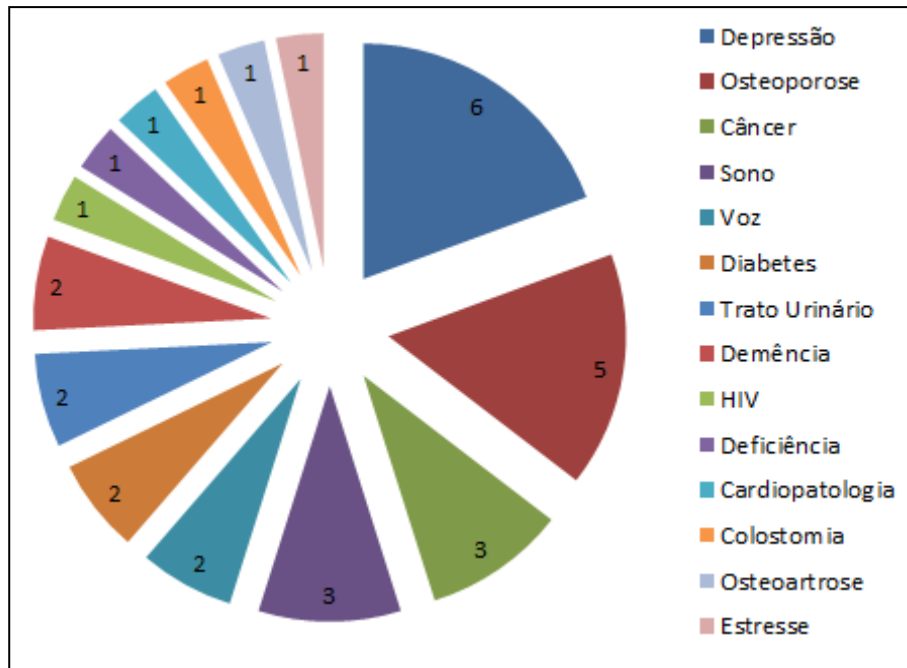


Figura 9: Publicações sobre qualidade de vida relacionadas a doenças.  
Fonte: A autora (2011).

Na associação entre qualidade de vida e doenças, a maior prevalência encontrada foi a de estudos de indivíduos com *depressão* (Chachamovich et al., 2008; Nelson et al., 2009; Zaninotto et al., 2010; Condé et al., 2010; Richmon, Law, & Kay-Lambkin 2011; Chen et al., 2011), seguido por doenças como a *osteoporose* (Maggio et al., 2010; Kumamoto et al., 2010; Fritzell, Ohlin, & Borgström, 2011; Ekström, Dahlin-Ivanoff, & Elmstahl, 2011; Adami et al., 2011), o *câncer* (Jansen et al., 2011; Martins, Gisselbrecht, & Mounier, 2011; Crane-Okada et al., 2011) e problemas com o sono (Faubel et al., 2009; Mesas et al., 2010; Mesas, 2011).

Também foi encontrado um maior número de estudos que buscavam demonstrar o *impacto da prática de exercícios físicos* na qualidade de vida de idosos (McAulley et al., 2008; Cunha et al., 2009; Sebastião et al., 2009; Prado et al., 2010; Siqueira et al., 2010; Sousa et al., 2011; Pova et al., 2011; Lobo, Carvalho, & Santos, 2011; Besnier et al., 2011; Clegg et al., 2011).

Outros estudos buscaram analisar a qualidade de vida associada a *aspectos sociodemográficos* (Dragomirecka et al., 2008; Gureje et al., 2008; Lima et al., 2009; González et al., 2009; Zaninotto, Falaschetti, & Sacker, 2009; Sepúlveda et al., 2010; Formiga et al., 2011; Ailshire & Crimmins, 2011) juntamente com os que buscaram determinar a *qualidade de vida de algumas populações* (Alencar et al., 2010; Braga et al., 2011; Boumans,

& Degg, 2011; Hall et al., 2011; Trentini et al., 2011; Fernandez-Mayoralas et al., 2011; Enkvist, Ekström, & Elmstahl, 2012). A pesquisa realizada também demonstrou a inserção de temas como a associação entre a *saúde bucal* e a qualidade de vida (Haikal et al., 2011; Naito et al., 2010; De Baat, 2011; Makhija et al., 2011).

Também foram observadas associações da qualidade de vida com *programas de promoção da saúde* (Tamai, 2010; Tamai et al., 2011;), *quedas* (Hartholt et al., 2011a; Hartholt et al., 2011b), *sexualidade* (Thompson et al., 2011; Martinez-Jabaloyas et al., 2011), *comparação entre instrumentos* (Der-Martirosian, Kritz-Silverstein, & Barret-Connor, 2010; Faria et al., 2011). Ainda apareceram nesta pesquisa: qualidade de vida no *pós-guerra* (Muhtz et al., 2011b) e *pós-acidente nuclear* (Oganesian et al., 2011)); *Instituições de longa Permanência para Idosos* (Nunes, Menezes, & Alchieri, 2010), *homossexualidade* (Ceará, & Dalgalarrodo, 2010), *restrição calórica* (Teng et al., 2011), *atividades de vida diária* (Szanton et al., 2011), *aposentadoria* (Caban-Martinez et al., 2011), *tecnologia assistiva* (Agree, & Freedman, 2011) e *negação do envelhecimento* (Bodner, Cohen-Fridel, & Yartzky, 2011) e *climatério* (Oliveira et al., 2011).

Ao analisar os tipos de instrumentos utilizados, foram encontradas 7 categorias: uso somente de questionários e/ou entrevistas ou análise de documentos, uso de questionário e entrevista, uso de questionários e análise de documentos, validação de instrumentos e pesquisas que não informam o tipo de instrumento. A Figura 10 expõe esses dados.

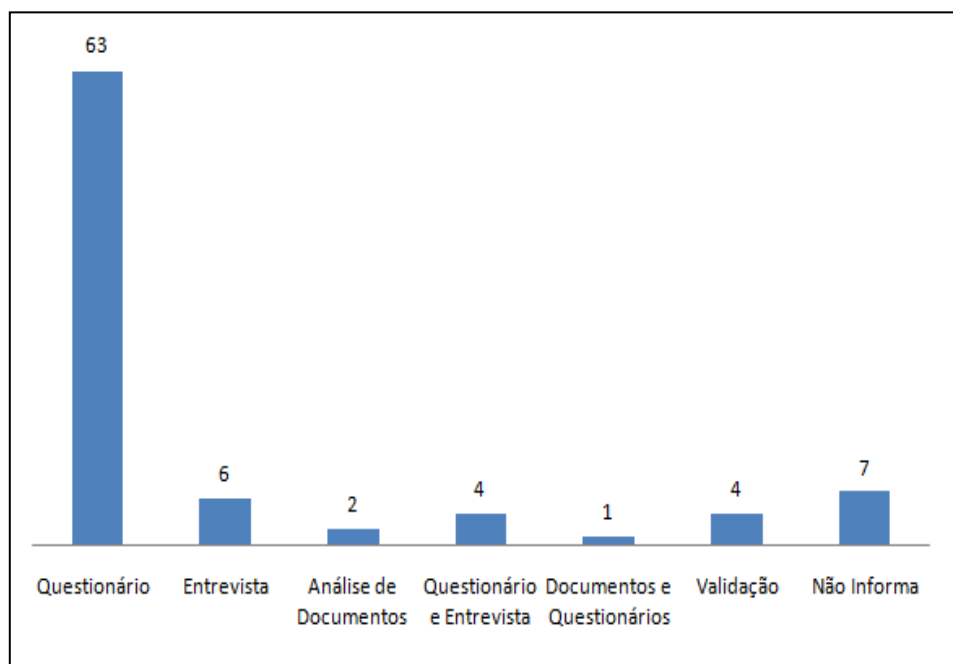


Figura 10: Publicações sobre qualidade de vida por tipo de instrumento utilizado.

Fonte: A autora (2011).

Constatou-se que o uso de questionários foi a opção da grande maioria das pesquisas nos últimos quatro anos, totalizando 72 publicações (63 usaram somente questionários, 4 questionários e entrevista, 1 questionário e análise de documentos e 4 validação de questionário). O uso de entrevistas foi encontrado em 10 publicações (6 utilizaram-se somente desse método e 4 utilizaram-no em conjunto com questionário), seguido por 3 pesquisas que utilizaram a análise de documentos, sendo que desses há somente uma publicação em conjunto com o uso de questionário; e 7 publicações não informaram o tipo de instrumento utilizado.

Buscou-se, também, investigar quais questionários foram utilizados nessas 72 publicações. Os questionários mais utilizados foram o “*Medical Outcomes Studies 36-item Short Form (MOS SF-36)*”, “*WHOQOL-Bref*”, “*WHOQOL-Old*”, “*European Quality of Life Questionnaire (EuroQol-5D)*” e “*Medical Outcomes Studies 12-item Short Form (MOS SF-12)*”.

O uso do MOS SF-36 foi o mais expressivo, com um número de 22 pesquisas, sendo que 16 utilizaram-no unitariamente (Pomazkin, 2009; Lima et al., 2009; Cunha et al., 2009; Sebastião et al., 2009; Mesas et al., 2010; Condé et al., 2010; Perret-Guillaume et al., 2010; Rodrigues, 2010; Racciatti et al., 2011; Martinez-Jabaloyas et al., 2011; Bodner, Cohen, & Yaretsky, 2011; Teng et al., 2011; Muhtz et al., 2011a; Muhtz et al., 2011b; Lobo, Carvalho, & Santos, 2011; Oganessian et al., 2011).

Outras 6 publicações utilizaram outros questionários em conjunto como o MOS SF-36. Ainda foi encontrado o uso em conjunto do questionário “*Qualidade de Vida em Voz*” (Plank et al., 2011); de *Entrevista* (Matos, & Araújo, 2009; Faubel et al., 2009); do MOS SF-12 e “*Short-Form 6 Dimensions (SF-6D)*” (Der-Martirosian, Kritz-Silverstein, & Barret-Connor, 2010); do “*Kidney Disease Quality of Life (KDQOL)*” (Besnier et al., 2011) e do “*Perfil de Saúde de Nottingham*” (Faria et al., 2011).

Em segunda posição como instrumento mais utilizado, foi encontrado o WHOQOL-Bref, que foi encontrado em 10 estudos, sendo que, destes, 5 usaram-no, exclusivamente (Gureje et al., 2008; Prado et al., 2010; Tamai et al., 2011; Braga et al., 2011; Povia et al., 2011), e os demais utilizaram-no em conjunto com o WHOQOL-Old (Dragomirecka et al., 2008; Chachamovich et al., 2008; Perchon et al., 2011), *Entrevista* (Ceará & Dalgalarrodo, 2010), *Questionário para Qualidade de vida e Saúde* (Tamai, 2010).

O instrumento WHOQOL-Old também apresentou tanto sua utilização como única forma de coleta de dados (Nunes et al., 2010; Alencar et al., 2010; Siqueira et al., 2010), quanto em associação com outro instrumento, que, em todos os casos, foi somente em conjunto com o WHOQOL-Bref (Dragomirecka et al., 2008; Chachamovich et al., 2008; Perchon et al., 2011), seguindo as instruções dos autores que o desenvolveram (Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2006).

Também foi utilizado o instrumento EuroQol-5D em 6 publicações. Nessas publicações, 2 utilizaram-no, exclusivamente, (Clegg et al., 2011; Adami et al., 2011) e 4 em conjunto com outros instrumentos: “*Quality-Adjusted Life Years (QALYs)*” (Hayes et al., 2011; Fritzell, Ohlin, & Borgström, 2011), MOS SF-12 (Hartholt et al., 2011a) e CancerQol (Jansen et al., 2011).

Em 6 publicações, constatou-se a utilização do instrumento MOS SF-12 e, dessas, 2 (duas) utilizaram-no unicamente (Kupelian et al., 2012; Chen et al., 2011). Para as outras, 1 (uma) utilizou-o associado ao “*Quality of Life in Alzheimer's Disease*” (Voigt-Radloff et al., 2011), 1 (uma) ao “*Satisfaction with Life Scale (SWLS)*” (McAuley et al., 2008), 1 (uma) ao MOS SF-36 e ao SF-6D (Der-Martirosian, Kritz-Silverstein, & Barret, 2010), e outra utilizou o instrumento associado ao Euroqol-5D (Hartholt et al., 2011).

Outros instrumentos que avaliam a qualidade de vida foram encontrados, entre eles são citados: “*Health Related Quality of Life*” (Ekström, Dahlin-Ivanoff, & Elmstahl, 2011; Edelman, Gordon, & Justice, 2011; Mesas, 2011); “*Autoavaliação de Qualidade de Vida*” (Van Minh et al., 2011; Parslow, Lewis, & Nay, 2011; Boumans, & Deeg, 2011); “CASP19”, indicador de qualidade de vida desenvolvido para idosos mais velhos (Zaninotto, Falaschetti, & Sacker, 2009; Zaninotto et al., 2010); “*Triple-Q Multidimensional Questionnaire*” (Maggio et al., 2010), *Questionário de Qualidade de Vida*, preparado por Ingá e Vara (Sepúlveda et al., 2010), “*Qualidade de Vida de Göteborg*” (GQOL) (Enkvist, Ekström, & Elmstahl, 2012); “*Health Related Quality of Life in HIV*” (HRQOL-HIV) (Nokes et al., 2011); “*King's Health Questionnaire*” (KHQ) (Souza et al., 2011); “*Medical Outcomes Studies 8-item Short-Form (MOS SF-8)*” (Laiterapong et al., 2011); “*Oral Health-Related Quality of Life (OHRQOL)*” (Makhija et al., 2011); “*General Oral Health Assessment Index*” (GOHAI) (Naito et al., 2010); “*Japanese Osteoporosis Quality of Life Questionnaire*” (JOQOL) (Kumamoto et al., 2010); “*Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate Quality of Life Questionnaire*” (Nelson et al., 2009); “*Scale for Assessment of Perceived Quality of Life*” (González et al., 2009); “*Satisfação com a vida*” (Boumans, & Deeg, 2011); “*Escala de Qualidade de Vida*” (Richmon, Law, & Kay-Lambkin, 2011); “*World Health Organization Quality of Life*

(WHOQOL-100)” (Trentini et al., 2011); “*Menopause Quality of Life Questionnaire (MENQOL)*” (Oliveira et al., 2011); “*Quality of Life in Late-Stage Dementia*” (QUALID) (Barca et al., 2011); “*Escala de Qualidade de Vida para a Tecnologia Assistiva*” (Agree, & Freedman, 2011).

O uso de entrevistas também chamou a atenção da pesquisadora e apareceu em 10 estudos, sendo que 6 (Magalhães et al., 2008; Pino, Ricoy, & Portela, 2009; Tahan, & Carvalho, 2010; Celich et al., 2010; Crane-Okada et al., 2011; Haikal et al., 2011) utilizaram a entrevista como única forma de avaliação da qualidade de vida, e outros 4 estudos usaram-na em conjunto com: MOS SF-36 (Matos, & Araújo, 2009; Faubel et al., 2009); WHOQOL-Bref (Ceará, & Dalgalarondo, 2010); e “*Schedule of evaluation of individual Quality of Life-direct weighting*” (SEIQOL-DW) (Hall et al., 2011).

Para outros estudos, em 2 foi encontrada a condição na qual não se aplicava a utilização de instrumento algum; nesses casos, configuraram-se estudos de revisão de literatura (De Baat, 2011; Motl, & McAuley, 2010) e, em outros 7, não foi feita menção ao nome do instrumento utilizado.

## 2.2 BEM-ESTAR SUBJETIVO E ENVELHECIMENTO

A temática do bem-estar subjetivo no envelhecimento também pode ser percebida na pesquisa realizada nas bases de dados, pois, das 126 publicações encontradas, 21 abordaram o tema do bem-estar subjetivo. A Figura 11 demonstra a evolução da produção.



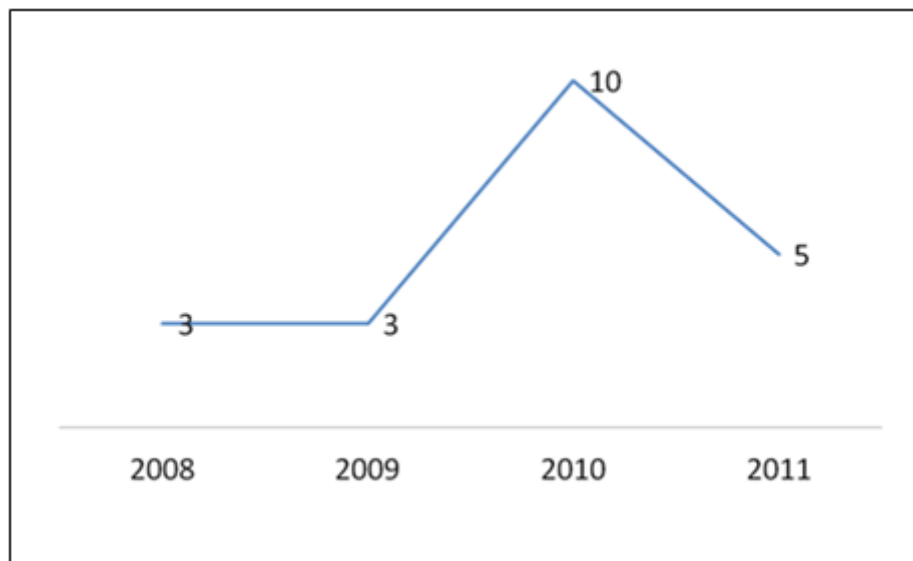


Figura 11: Publicações por ano do bem-estar subjetivo.  
Fonte: A autora (2011).

Observou-se que, de 2011 até o momento da coleta, não houve aumento das produções. As publicações se concentraram no uso do idioma inglês (95,2%, n= 20) e somente uma utilizou o idioma português.

Quanto à natureza das pesquisas, observou-se o tipo observacional prevalente em 90,5% (n=19) das publicações encontradas, sendo que duas eram de natureza quase-experimental. A abordagem de pesquisa mais encontrada foi a quantitativa (76,2%, n=16), seguida de 4 estudos que utilizaram a qualitativa e apenas 1 (um) estudo usou a abordagem mista.

O procedimento de coleta de dados mais utilizado foi o de coleta de campo (95,2%, n=20) e um estudo era de revisão bibliográfica. Os estudos encontrados foram, em sua maioria, desenvolvidos transversalmente (76,2%, n=16), 5 estudos desenvolveram-se longitudinalmente, e nenhum deles foi do tipo retrospectivo e prospectivo.

Quanto ao número amostral, percebeu-se a seguinte configuração: 8 publicações (38,1%) para amostra compreendida entre 0 e 200 indivíduos; 7 publicações (33,3%) com mais de mil indivíduos como amostra; 2 publicações com amostra entre 201 e 400 indivíduos (9,5%). Para amostras entre 401 e 600, e entre 601 e 800, observou-se apenas uma publicação com cada, sendo que um estudo não informou a amostra pesquisada, e outro foi apresentado como uma revisão de literatura, e, diante disso, não se aplicou a análise do número amostral.

Ao realizar a análise das publicações encontradas quanto aos temas das pesquisas, foi encontrada a abordagem do bem-estar subjetivo ligada a diversas outras temáticas. A divisão dos estudos entre as abordagens foi bem equitativa. Vale lembrar que cada uma possui duas

publicações cada, podendo-se citar as seguintes temáticas: *efeito de um programa de saúde no bem-estar subjetivo* (Assis et al., 2009; Hoogenhout et al., 2011); *o bem-estar subjetivo em problemas de saúde* (Hall et al., 2010; Palgi et al., 2010); *expectativas pessoais e sua relação com o bem-estar subjetivo* (Prieto-Flores et al., 2010; Helvik et al., 2011); *em relações pessoais* (Werngren-Elgström, Carisson, & Iwarsson, 2009; Litwin, & Shiovitz-Ezra, 2011); *influência da idade* (Infurna et al., 2010; George, 2010); *relação com as condições socioeconômicas* (Jang, Choi, & Kim, 2009; Gagliardi et al., 2010).

As demais temáticas associadas ao bem-estar subjetivo apresentaram-se com um estudo cada: *deficiência visual* (Pallero et al., 2011); *contribuição da música* (Solé et al., 2010); *associação com a cognição* (Benito-León et al., 2010); *problemas com o sono* (Phelan et al., 2010); *condições de saúde* (Friedman, Kern, & Reybolds, 2010); *influência de fatores psicossociais* (Wiesmann, & Hannich, 2008); *consumo de chocolate* (Strandberg et al., 2008); *vida conjugal* (Walker et al., 2011) e *validação de um instrumento* (Doney, & Packer, 2008).

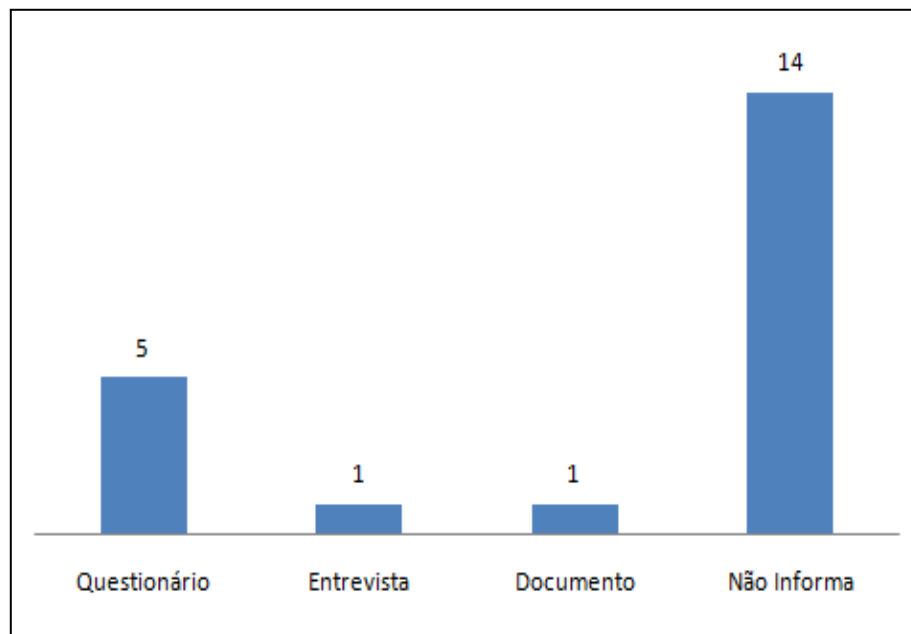


Figura 12: Publicações sobre o tema “bem-estar subjetivo” por tipo de instrumento utilizado.

Fonte: A autora (2011).

Analisando os instrumentos utilizados nas pesquisas, em apenas 6 estudos foi possível ter acesso ao nome do instrumento e, quanto aos outros 15, 1 (um) é do tipo bibliográfico e não foram usados instrumentos, sendo que, nos outros 14, não houve menção ao instrumento usado. Notou-se que, dos estudos cujos pesquisadores utilizaram como forma de pesquisa algum instrumento, 5 fizeram uso de questionários e 1(um) de entrevista.

Os questionários encontrados foram: “*Scale of Subjective Well-being*” (EBS) (Pallero et al., 2011); “*Positive and Negative Affect Schedule*” (PANAS) (Gagliardi et al., 2010); “*Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*” (PGCMS) (Jang, Chol, & Kim, 2009); “*Personal Well-being Index*” (Wiesmann, & Hannich, 2008); “*Avaliação Multidimensional de Saúde e Qualidade de Vida*” (AMSQV) (Assis et al., 2009) e entrevista (Helvik et al., 2011).

### 2.3 SAÚDE DO IDOSO

O tema “saúde do idoso” também foi encontrado na busca e esteve presente em 18 das 126 publicações encontradas. Essas publicações também foram analisadas seguindo os critérios de idioma; ano; natureza da pesquisa (observacional ou quase-experimental); tipo de abordagem (qualitativa, quantitativa ou mista); procedimento técnico utilizado (pesquisa bibliográfica, documental, de laboratório ou de campo); desenvolvimento durante o tempo (transversal, longitudinal, prospectiva ou retrospectiva) (Fontelles et al., 2009); quantidade amostral, tema principal da pesquisa, tipo de instrumento utilizado (questionário, entrevista, documento e entrevista, entrevista e questionário, validação ou apenas documento) e qual instrumento.

Quanto ao ano de publicação, os estudos se concentraram, em sua maioria, no ano de 2011 (94,4%, n=17) e apenas 1 (um) foi publicado no ano de 2012. Os anos de 2008, 2009 e 2010 não apresentaram nenhuma publicação que se enquadrasse nos critérios de seleção estabelecidos na presente pesquisa.

O idioma prevalente foi o inglês em 16 publicações (88,9%), seguido de 2 (duas) publicações para o idioma português. Quanto à natureza e abordagem da pesquisa, bem como ao procedimento de coleta de dados, percebe-se que houve unanimidade entre todas as publicações (n=18), pois todas são do tipo observacional, quantitativa e coleta de campo.

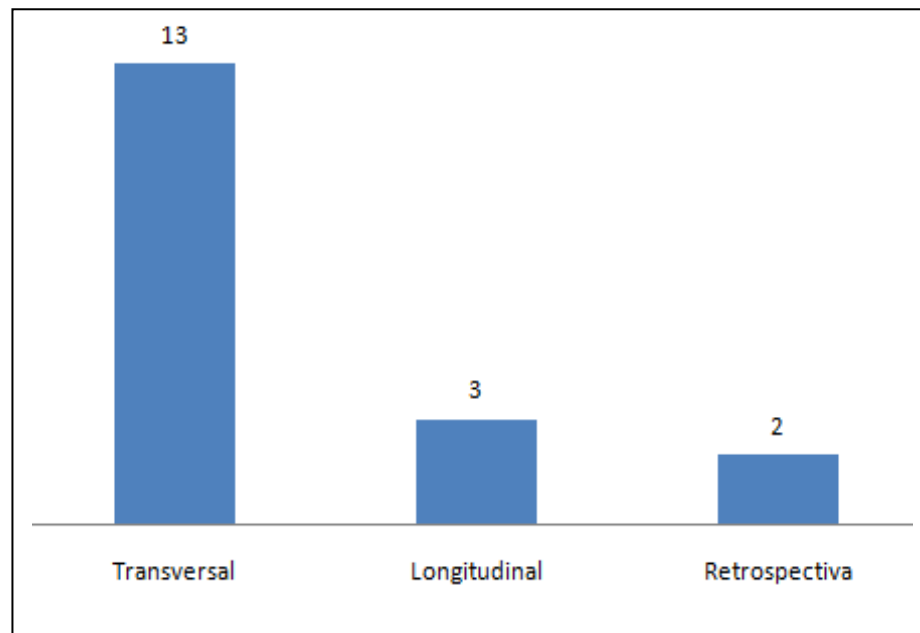


Figura 13: Publicações por desenvolvimento no tempo.  
Fonte: A autora (2011).

Quanto ao desenvolvimento da pesquisa durante o tempo, a Figura 13 exemplifica os achados. A maior parte das publicações apresentadas tiveram seu desenvolvimento transversal (72,2%, n=13), sendo que as demais foram do tipo longitudinal (16,7%, n=3) e retrospectiva (11,1, n=2). O tipo prospectivo não obteve nenhuma publicação.

O número amostral foi avaliado e foram encontrados os dados apresentados de forma mais equitativa, não prevalecendo a utilização de um número amostral específico. Foram encontrados 7 estudos que utilizaram como amostra um número maior que 1.000 indivíduos (38,9%); 4 estudos com amostras entre 201 e 400 (22,2%); 3 com amostras variando entre 0 e 200 indivíduos (16,7%); 2 estudos com amostras entre 401 e 600 indivíduos, 1 (um) estudo com amostra entre 601 e 800 indivíduos e 1 (um) estudo não informou o número amostral utilizado.

A análise realizada sobre os temas das publicações encontradas constatou a presença de 5 estudos que buscaram avaliar a *autopercepção de saúde* (Umar et al., 2011; Montlahuc et al., 2011; Christian et al., 2011; Dias et al., 2011; Chen et al., 2011). Outros temas também foram encontrados: *demência* (Tranah et al., 2011; Kim, Bryant, & Parmelee, 2011; Millan-Calenti et al., 2012); *influência dos aspectos sociodemográficos* (Karlsdotter, Martín, & González, 2011; Pilger, Menon, & Mathias, 2011); *dor e fragilidade* (Shega et al., 2011,

Gobbens et al., 2011); *influência das relações interpessoais na saúde* (McFarland et al., 2011); *qualidade de vida* (Garrido-Abejar et al., 2011); *hospitalização* (Marcum et al., 2011); *depressão* (Glaesmer et al., 2011); *saúde no pós-trauma* (Chaudieu et al., 2011); e *comparação entre instrumentos* (Faria et al., 2011).

Quanto ao tipo de instrumento escolhido para a avaliação da saúde do idoso, todos (n=18) optaram pela utilização de questionário. Com relação aos questionários escolhidos para tal análise, notou-se a presença significativa de um em específico, o questionário de “*Autoavaliação de saúde*”. Esse instrumento esteve presente em 27,8% (n=5) das publicações (Umar et al., 2011; Montlahuc et al., 2011; Christian et al., 2011; Dias et al., 2011; Chen et al., 2011).

Os demais instrumentos tiveram uma distribuição mais pulverizada, totalizando 11 instrumentos. São eles: “*Estado de Saúde*” (Tranah et al., 2011; Marcum et al., 2011), “*California 2007 Health Survey Interview*” (Kim, Bryant, & Parmelee, 2011); “*Três dimensões de saúde*” (autoavaliação de saúde, uso de álcool e doenças crônicas) (McFarland et al., 2011); *MOS SF-12* (Garrido-Abejar et al., 2011); “*Autorrelatos de atitudes de saúde*” (Shega et al., 2011); “*Questões sobre saúde*” (Gobbens et al., 2011); “*Patient Health Questionnaire (PHQ)*” (Glaesmer et al., 2011); “*Condições de saúde*” (Millan-Calenti et al., 2012); *MOS SF-36* (Faria et al., 2011); *BOAS* (Pilger, Menon, & Mathias, 2011); “*Medidas de Saúde Física*” (Chaudieu et al., 2011), lembrando que apenas 1 (um) estudo não informou o instrumento utilizado.

## 2.4 ANÁLISE DAS PUBLICAÇÕES

Ao realizar uma análise de forma ampliada, pode-se afirmar que, conforme os critérios estabelecidos na presente pesquisa, a base de dados que mais obteve publicações foi a Biblioteca Virtual em Saúde, com 70 publicações encontradas. Comparando a pesquisa realizada por tema, o mais encontrado foi a “qualidade de vida”, com 69% dos achados.

Nas publicações selecionadas, encontrou-se o maior número de pesquisas publicadas no ano de 2011, com o idioma inglês. Segundo Fontelles et al. (2009), a maior parte das pesquisas são de natureza observacional, abordagem quantitativa e de corte transversal, sendo que o procedimento mais utilizado foi o trabalho de campo, com amostras de até 200 indivíduos.

A temática mais presente nas publicações sobre qualidade de vida e envelhecimento foi a sua associação com as doenças. O tipo de instrumento mais utilizado foram os questionários e, entre eles, o mais o prevalente foi o MOS SF-36, seguido do WHOQOL-Bref, WHOQOL-Old, EuroQol-5D e MOS SF-12.

Para as pesquisas relacionadas ao tema “bem-estar subjetivo”, as temáticas mais encontradas foram: influência de um programa de saúde no bem-estar subjetivo, o bem-estar subjetivo nos problemas de saúde, as expectativas pessoais e sua relação com o bem-estar subjetivo, o bem-estar nas relações pessoais, a influência da idade e sua relação com as condições socioeconômicas.

Os instrumentos que se apresentaram na pesquisa sobre esse tema foram: *Scale of Subjective Well-being*, *Positive and Negative Affect Schedule*; *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*; *Personal Well-being Index*; Avaliação Multidimensional de Saúde e Qualidade de Vida e entrevista.

As publicações sobre a saúde do idoso representaram o menor aparecimento em toda a pesquisa, representando 14% (n=18) do total de 126 publicações. A temática que mais esteve presente relacionou-se à autopercepção da saúde, isto é, valorizando a percepção que o indivíduo idoso possui sobre sua saúde. E, em concordância com essa temática, o instrumento mais utilizado para tal aferição foi o questionário de “*Autoavaliação da Saúde*”.

Evidencia-se que é perceptível a valorização de pesquisas que utilizam questionários como instrumentos possíveis de mensuração para as temáticas de qualidade de vida, saúde e bem-estar subjetivo; entretanto, percebeu-se um movimento que tende a dar mais espaço e mais credibilidade às pesquisas que se utilizam de métodos qualitativos ou mistos. Os achados desta pesquisa bibliométrica instigam os objetivos deste estudo, ou seja, por meio de uma análise associativa entre dados qualitativos e quantitativos, traçar os aspectos subjetivos e objetivos que compõem a representação social de idosos sobre qualidade de vida, saúde e bem-estar.

## CAPÍTULO 3: MÉTODOS

Neste capítulo, buscou-se definir a metodologia de pesquisa que se desenvolveu a partir do objetivo do presente trabalho. Procurou-se descrever o modelo de estudo adotado, o estabelecimento da amostra, os instrumentos mais adequados, bem como a descrição dos procedimentos adotados e o esclarecimento do método escolhido para a análise dos resultados.

### 3.1 MODELO DO ESTUDO

Este estudo se apresenta como uma pesquisa descritiva, correlacional com um delineamento transversal, utilizando-se da abordagem quanti-qualitativa. O estudo descritivo busca conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus valores, descrever os fatos e fenômenos de uma determinada realidade (Triviños, 2010).

A abordagem, que se utiliza tanto do método quantitativo quanto do método qualitativo, foi escolhida com o intuito de não se concentrar apenas em uma forma de coleta de dados, mas na complementação que essas duas formas podem oferecer ao bom entendimento da realidade pesquisada. Günther (2006) enfatizou que:

(...) enquanto participante do processo de construção de conhecimento, idealmente, o pesquisador não deveria escolher entre um método ou outro, mas utilizar as várias abordagens, qualitativas e quantitativas que se adequam à sua questão de pesquisa (p. 7).

Deslandes, Gomes e Minayo (2011) asseveraram que os dados quantitativos e qualitativos possuem uma oposição complementar, não são incompatíveis – como são apresentados em algumas pesquisas – nem possuem valorizações diferentes. Quando se opta por um trabalho realizado de maneira correta teórica e prática, existe a possibilidade de se produzir uma riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa.

A pesquisa quantitativa tem como método a coleta de informações por meio de questionários fechados e, dessa forma, segundo Oliveira (2004), “significa quantificar as opiniões, dados, nas formas de coleta de informações, assim como também com o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde as mais simples, como percentagem e média, evitando assim distorções de análise e interpretações” (p. 115). Esse tipo de estudo apresenta informações diretas sobre a realidade pesquisada.

As vantagens da pesquisa quantitativa se apresentam na medida em que esse tipo de abordagem possibilita uma análise direta dos dados, a generalização pela representatividade, a inferência em outros contextos e possui uma grande força demonstrativa. Suas desvantagens se apresentam pela condição na qual o significado é sempre sacrificado em detrimento do rigor e da precisão exigidos pela análise matemática, que não permite a análise das relações, sendo que seus resultados podem ser analisados como verdades absolutas (Tanaka, & Melo, 2001).

Na pesquisa qualitativa, busca-se trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Esse tipo de pesquisa corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, & Minayo, 1999).

A pesquisa qualitativa também apresenta vantagens e desvantagens. A permissão para interpretações, a compreensão de resultados individualizados da dinâmica interna de programas e atividades e de múltiplos aspectos da realidade, além de sua consideração a respeito da subjetividade dos sujeitos, seriam as vantagens do método. Já as desvantagens são fundamentadas na possibilidade de se exceder na coleta de dados, depender de uma análise maior por parte do pesquisador e de maior tempo para o desenvolvimento do estudo (Tanaka, & Melo, 2001).

Denominada “triangulação”, a combinação entre os métodos quantitativos e qualitativos, compreende uma:

(...) dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas fazendo dele um constructo específico (Schutz, 1982 como citado em Minayo, Assis, & Souza, 2005, p. 29).



Da mesma forma que se pretende quantificar os dados qualitativos, pode-se pensar na análise qualitativa (discussão) dos dados quantitativos. Como benefícios da aplicação em conjunto dos métodos quantitativos e qualitativos, Duffy (1987) demonstrou: a possibilidade de congregação do controle dos vieses, bem como a compreensão da perspectiva dos agentes envolvidos no fenômeno; a possibilidade de identificação de variáveis específicas e de uma visão global do fenômeno; a possibilidade de complementação e de enriquecimento dos dados coletados por meio da metodologia quantitativa com a visão dinâmica da realidade. O autor ainda reafirmou a validade e a confiabilidade das descobertas pelo emprego de diferentes técnicas.

Diante do modelo de estudo estabelecido, considera-se como boa estratégia de pesquisa a aproximação entre as representações sociais dos idosos, sobre saúde, qualidade de vida e bem-estar subjetivo por intermédio de uma análise quanti-qualitativa, em que se desenvolveu uma análise associativa dos dados coletados por meio de entrevistas e protocolos, consolidados pela literatura.

### 3.2 AMOSTRA E PROCEDIMENTOS

Em Minas Gerais, a porcentagem de indivíduos com idade superior a 60 anos é de 11,1%, superando a média nacional de 10,5%. Na cidade de Juiz de Fora, localizada na região denominada Zona da Mata do Estado de Minas Gerais/Brasil, cidade na qual se desenvolve o presente estudo, a estimativa populacional é de 526.706 habitantes, dos quais 12,51% estariam na faixa etária superior a 60 anos, dado este que indica uma superação da estimativa do estado e do país (IBGE, 2009). Como população, este estudo selecionou a cidade de Juiz de Fora, MG, e a amostra foi constituída, aleatoriamente, pelos idosos frequentadores de um Centro de Convivência de Idosos localizado na cidade. A seleção de um local com essas características se deu mediante a probabilidade de que, em um lugar como esse, a representação social dos indivíduos seja mais coerente, visto que o convívio e a interação podem exercer uma troca de experiências e opiniões que se fortalecem em si mesmas, podendo vir a tornar algo comum aos frequentadores da Instituição.

O Centro de Convivência do Idoso Dona Itália Franco é um Programa Social de Assistência ao Idoso, que atende à população juizforana na modalidade não asilar. Segundo o Artigo 4º do Decreto nº. 1.948, de 3 de julho de 1996 (Brasil, 1996), existem algumas

modalidades de instituições que assistem o idoso no Brasil: os centros de convivência, o centro de cuidados diurno, a casa-lar, a oficina abrigada de trabalho, o atendimento domiciliar, entre outras formas de atendimento. Os centros de convivência são, nesse documento, definidos como locais destinados à permanência diurna do idoso, onde são promovidas atividades que contribuem para a autonomia, a socialização, o envelhecimento ativo e saudável de seus frequentadores. Fundado há 23 anos, começou a funcionar de forma assistencial, atendendo a um público de baixa renda e recebendo também pessoas com idade abaixo de 60 anos, diferentemente do que ocorre nos dias atuais, ou seja, a instituição recebe indivíduos de diferentes condições econômicas e somente com idade igual ou superior a 60 anos.

O Centro de Convivência do Idoso Dona Itália Franco possui uma equipe multidisciplinar com 30 profissionais que atuam em diversos setores e áreas. Além da coordenação, há serviços de assistência social, psicologia, pedagogia, educação física, artes, promoção de eventos, recreação, entre outros. Atualmente, encontram-se inscritos cerca de 5.500 idosos, mas a frequência diária gira em torno de 400 usuários.

Inicialmente, foi feito um contato com o responsável pela Instituição, a fim de que desse permissão para ser realizada a pesquisa de campo no local. Os trâmites burocráticos para a possível aprovação da pesquisa foram percorridos. Em primeiro lugar, foi feito contato com a Associação Municipal de Apoio Comunitário (AMAC) – órgão que gerencia as atividades desenvolvidas no Centro de Convivência, e a autorização foi dada por meio de sua superintendência. O segundo momento foi a submissão da presente pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, a fim de que o projeto fosse analisado e aprovado para, então, serem iniciados os passos posteriores. A aprovação deste projeto foi protocolada de acordo com o Parecer nº 2.466.206.2011 (Anexo A).

A seleção dos participantes desta pesquisa foi realizada através da amostragem aleatória simples, feita com base no cadastro inicial dos idosos frequentadores do Centro de Convivência. Esse cadastro foi disponibilizado pela Instituição e possuía o nome de todos os idosos frequentes nas atividades no ano de 2011. Dessa forma, o cálculo amostral foi definido para 80 idosos.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos, frequentar o Centro de Convivência por, pelo menos, um mês, possuir capacidade cognitiva e de fala compatível para a realização da pesquisa e estar de acordo com a pesquisa.

Os critérios de exclusão foram os seguintes: ter idade inferior a 60 anos, não frequentar o Centro de Convivência há, pelo menos, um mês, não possuir capacidade

cognitiva e de fala compatível para a realização da pesquisa e não estar de acordo com a mesma.

Os idosos foram convidados, então, a participar da pesquisa mediante o esclarecimento de todos os processos que seriam adotados e suas considerações éticas. Após a explicação, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B) e foram realizadas as entrevistas, as quais foram gravadas na íntegra, para posterior transcrição e análise.

### 3.3 INSTRUMENTOS

Com o intuito de atingir os objetivos estabelecidos, optou-se pela utilização de 8 instrumentos a serem analisados a partir da abordagem quanti-qualitativa. A seguir, apresentam-se suas descrições.

#### 3.3.1 Avaliação Quantitativa

Na avaliação quantitativa, optou-se pela utilização de 1 (um) instrumento sociodemográfico, 2 instrumentos que avaliam a qualidade de vida, 2 instrumentos para a avaliação da saúde e 1 (um) instrumento que avalia o bem-estar subjetivo, que serão minuciosamente descritos a seguir.

##### 3.3.1.1 Questionário Sociodemográfico

A composição do questionário sociodemográfico aplicado aos idosos foi estabelecida pela presença dos seguintes itens: idade, sexo, bairro onde mora, cidade de nascimento, estado civil, nível de escolaridade, ocupação atual, nível de renda, tempo de participação no Centro de Convivência, quais atividades de que participa no centro, o que gosta de fazer nos

momentos de lazer, qual a opção religiosa, e também, buscou-se saber com quem moram e se possuem filhos (Anexo C).

### 3.3.1.2 Avaliação da Qualidade de Vida

Neste subitem, apresenta-se a forma de avaliação da temática “qualidade de vida”, realizada com a utilização de 2 instrumentos: WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old, os quais serão apresentados, a seguir, buscando-se delinear suas características.

#### a) WHOQOL-Bref

Inicialmente, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu o WHOQOL-100, instrumento composto de 100 questões (Fleck et al., 1999). A partir das condições normalmente encontradas nos campos de pesquisa, que apontam para a necessidade de instrumentos mais curtos e que demandam um tempo menor para seu preenchimento, foi criado o WHOQOL-Bref (Anexo D). De acordo com Fleck et al. (2000), esse instrumento é uma versão abreviada da anterior, possui 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O instrumento conta com duas questões gerais de qualidade de vida e as demais (24) representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original.

Como análise de qualidade de sua aplicação, foram realizados inúmeros testes que apresentaram níveis satisfatórios de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste, ou seja, o instrumento se apresenta como uma boa alternativa para ser usado em estudos cuja proposta seja avaliar a qualidade de vida no Brasil.

Os 4 domínios que avaliam os aspectos físicos, psicológicos, de relações sociais e meio ambiente são demonstrados no Quadro 1.

Quadro 1: Domínios do instrumento WHOQOL-Bref.

<b>Domínio 1 – FÍSICO</b>	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
<b>Domínio 2 – PSICOLÓGICO</b>	4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Autoestima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos 24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
<b>Domínio 3 - RELAÇÕES SOCIAIS</b>	13. Relações pessoais 14. Suporte (Apoio) social 15. Atividade sexual
<b>Domínio 4 - MEIO AMBIENTE</b>	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. Transporte

Fonte: Fleck et al. (2000).

Composto por uma escala do tipo *Likert*, a análise da pontuação desse instrumento é feita por meio da atribuição do valor de 1 a 5, respectivamente, à escala de nada, muito pouco, mais ou menos, bastante e extremamente, ou o inverso, em algumas questões nas quais a escala inicia do melhor indo em direção ao pior.

#### b) WHOQOL-Old

O Grupo WHOQOL identificou também a necessidade de desenvolver conceitos e medidas de qualidade de vida para grupos específicos, tais como HIV (The WHOQOL HIV Group, 2003) e indivíduos idosos (Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2003). Com o objetivo de medir a qualidade de vida especificamente em grupos de idosos, foi desenvolvido um módulo destinado a idosos, denominado WHOQOL-Old (Anexo E) (Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2006). O Grupo WHOQOL justificou a necessidade de desenvolver um instrumento específico para a avaliação da qualidade de vida no envelhecimento, pelo fato de não ser possível assumir que instrumentos adequados para avaliar o domínio “Saúde física”, por exemplo, em populações de adultos jovens, sejam os mesmos apropriados para adultos idosos.

Segundo Chachamovich, Trentini e Fleck (2007), há especificidades conforme a faixa etária na qual o indivíduo se encontra. Os autores também afirmaram que a magnitude do fenômeno do envelhecimento, aliada à escassez de instrumentos que o avaliem, fortalece o interesse neste desenvolvimento. A utilização de dois instrumentos que avaliam a qualidade de vida se justifica, pois os criadores do módulo WHOQOL-Old sugerem seu uso seja acompanhado da utilização do WHOQOL-Bref.

Composto por uma escala do tipo *Likert*, semelhante ao WHOQOL-Bref, na análise da pontuação desse instrumento, é atribuído o valor de 1 a 5, respectivamente, à escala de nada, muito pouco, mais ou menos, bastante e extremamente, ou o inverso em algumas questões em que a escala inicia do melhor indo em direção ao pior. Esse instrumento também permite a análise referenciada a domínios: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade.

### 3.3.1.3 Avaliação da Saúde

O *Brazil Old Age Schedule* (Veras, 1994) é uma ferramenta multidimensional que cobre várias áreas da vida do idoso, passando pelos aspectos físicos e mentais, atividades do dia a dia e da situação social e econômica. Esse questionário foi desenvolvido para a população idosa, com base em outros instrumentos que encontram padrões aceitáveis de validade e confiabilidade, como os questionários da *Pan American Health Organization* (PAHO), o *Comprehensive Assessment and Referral Evaluation* (CARE) e o *Older Americans Resources and Services* (OARS). O Questionário BOAS é dividido em 9 seções, perfazendo um total de 133 questões. Juntas, essas seções objetivam assegurar informações sobre as principais características, necessidades e problemas da população idosa de um centro urbano. Cada seção específica pretende explorar, com alguma profundidade, as áreas consideradas importantes, devido a seu impacto nos padrões de vida do grupo etário em estudo.

Para esta pesquisa, optou-se pela utilização das seções II e III de “Saúde física” e “Utilização de serviços médicos e dentários” (Anexo F), respectivamente, para atender ao objetivo de descrever a saúde do indivíduo entrevistado. Na seção “Saúde física”, foram incluídas perguntas com o propósito de verificar a opinião do idoso em relação a seu estado geral de saúde, buscando saber como se compara com os últimos anos de sua vida e com

outras pessoas de sua faixa etária, seus maiores problemas de saúde e como estes podem afetar seus padrões habituais de atividade. Também foram incluídas perguntas sobre problemas específicos que afetam os padrões funcionais do idoso. Na seção de “Utilização de serviços médicos e dentários”, o propósito é obter informações quanto ao conhecimento, aos direitos, ao uso e grau de satisfação por parte do idoso em relação a vários tipos de serviços médicos. Nessa seção, também são introduzidas perguntas destinadas a verificar a ajuda ou a assistência que a pessoa idosa pode obter, na área da saúde, de sua família ou de outros. Foram incluídas perguntas relativas aos tipos de ajuda e/ou apoio utilizados pelo idoso, seus hábitos de consumo de medicamentos e as dificuldades para adquiri-los. Por fim, há uma pergunta relativa à frequência dos idosos aos serviços médicos e dentários, nos últimos 3 anos.

Espera-se, com essas informações, obter indicações da saúde do idoso, das instituições e dos serviços de que ele faz uso, dos problemas que encontra para ser atendido em suas necessidades médicas e dentárias, bem como de possíveis deficiências institucionais ou de programas que exigem atenção.

Para a aplicação desse instrumento, foram seguidas as instruções contidas no Manual de Instruções BOAS (Veras, 2008). Os dados coletados mediante esse instrumento foram analisados por meio da estatística descritiva, em que se expõe o perfil dos indivíduos pesquisados.

Juntamente com a aplicação do questionário descrito anteriormente, foi perguntado se o indivíduo possui plano de saúde e aplicado um tipo de instrumento denominado “Saúde autorreferida” (Anexo G). Considerado um dos indicadores mais usados em pesquisas gerontológicas atuais (Lima-Costa, Firmo, & Uchôa, 2004), esse instrumento é determinado por meio de uma simples pergunta: “como você considera a sua saúde?”, tendo como opções de resposta uma escala *Likert*, que vai de muito boa, boa, razoável, ruim a muito ruim.

A saúde autorreferida contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional e, além disso, é um poderoso indicador de mortalidade, ou seja, as pessoas que relatam a sua saúde como sendo pobre apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas de morte, em comparação com aquelas que afirmam ter uma saúde excelente (Alves, & Rodrigues, 2005).

#### 3.3.1.4 Avaliação do Bem-Estar

A Escala para Avaliação de Satisfação na Vida referenciada a domínios (Liberalesso, 2002) foi desenvolvida pela autora com o intuito de avaliar o constructo do bem-estar subjetivo de indivíduos. Essa escala é composta por 3 domínios principais, a saber: saúde percebida, satisfação global e satisfação referenciada a domínios (Anexo H). A saúde percebida é composta por duas questões, sendo a primeira sobre a percepção da saúde do idoso de um modo geral e a segunda sobre a sua saúde, quando comparada a outro indivíduo da mesma idade. A satisfação global também é composta por duas questões referentes, a primeira sobre satisfação do idoso com a própria vida e a outra, sobre a satisfação com a vida, quando comparada a outra pessoa da mesma idade. Já a satisfação referenciada a domínios é composta por 13 questões que versam sobre saúde, memória, capacidade de resolução, amizades, ajuda de terceiros, cuidados com a saúde, atenção e carinhos de outras pessoas, ambiente, trabalho, condições do local e moradia, acesso aos serviços de saúde e meio de transporte. Para cada questão, pode ser atribuído um valor de 1 a 3, sendo o maior escore indicativo de melhor percepção e melhor satisfação (Liberalesso, 2002).

Os instrumentos utilizados neste estudo foram desenvolvidos para serem autoaplicáveis; no entanto, optou-se pela aplicação em forma de entrevista em razão da possível dificuldade de leitura, problemas visuais e analfabetismo entre os idosos.

#### 3.3.2 Avaliação Qualitativa

“(…) a palavra é o fenômeno ideológico por excelência. A palavra é o modo mais puro e sensível de relação social” (Bakhtin, 1986, p. 36).

Na avaliação qualitativa, optou-se pela realização de uma entrevista com um roteiro semiestruturado, no intuito de buscar subsídios para uma exploração do que seria a representação social dos idosos pesquisados sobre os temas tratados. Esse roteiro englobou questões sobre saúde, qualidade de vida e bem-estar subjetivo, tais como: “Para o(a) Sr(a), o que é Saúde?”; “Para o(a) Sr(a), o que é qualidade de vida?”; Para o(a) Sr(a), o que é bem-



estar?”. O instrumento (Anexo I) foi elaborado e revisado pela pesquisadora e pela orientadora, tendo sido também submetido a uma avaliação feita por 5 juízes, doutores na área.

A escolha da entrevista semiestruturada é favorecida a partir do que afirmou Minayo (1994), pois esse tipo de instrumento “combina perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tenha a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem condições prefixadas pelo pesquisador” (p. 108). A opção pela escolha desse tipo de instrumento se confirma diante do intuito de obter dados por meio da valorização dos discursos do indivíduo e complementação desses discursos, com informações que propiciem melhores condições de interpretá-los.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados da presente pesquisa seguiu uma divisão em duas etapas: a primeira englobou a análise dos dados quantitativos e a segunda, a análise dos dados qualitativos que, em seguida, reúnem-se na análise associativa quanti-qualitativa.

Os dados quantitativos foram coletados por meio de protocolos de pesquisa fechados, do tipo questionários, e foram analisados com a utilização do programa estatístico *Social Package for Social Science* (SPSS-19). Com o apoio desse programa, foram realizadas as análises de estatística descritiva e correlacional, tendo sido adotado o seguinte nível de significância:  $p < 0.05$  (5%).

Para a caracterização da amostra, no que tange às informações sociodemográficas, e para os dados coletados por meio do questionário BOAS, foi realizada a estatística descritiva, juntamente com a análise da frequência. Para a análise das escalas de Saúde autorreferida, WHOQOL-Old, WHOQOL-Bref e Satisfação com a Vida referenciada a domínios, foram utilizadas as medidas de tendência central como média, mediana e moda, além de medidas de dispersão como variância e desvio-padrão.

Para analisar se a distribuição dos dados foi normal ou não, utilizou-se do teste de Skewness (assimetria da distribuição das frequências) e Kurtosis (achatamento da distribuição). Dessa forma, constatou-se que a distribuição dos escores obtidos pelos questionários de qualidade de vida obtiveram uma distribuição que pode ser considerada normal; entretanto, a escala de Satisfação com a Vida referenciada a domínios não obteve a

mesma distribuição. Por conseguinte, para os primeiros, foram utilizados os testes T de *Student* e Anova para uma comparação entre as médias obtidas nos questionários. Para o segundo caso, adotou-se o teste de Wicoxon-Mann-Whitney e Kruskal Wallis.

Na análise de dados qualitativos, foi utilizado o *software* ALCESTE (Reinert, 1990). Optou-se pela utilização desse *software*, pelo fato de apresentar inúmeras vantagens às análises qualitativas. Além da praticidade de sua utilização, permite realizar uma classificação hierárquica descendente, análise lexicográfica do material textual, oferece os contextos que exemplificam as classes encontradas pelo programa, permitindo, também, a inserção de outras variáveis quantitativas, a fim de que se realize uma associação com o material textual (Camargo, 2005).

Sua função compreende a definição de um *corpus* de análise, constituído por Unidades de Contexto Inicial (UCIs), e será posteriormente analisado em 4 etapas: a) leitura do texto e cálculo dos dicionários; b) cálculo das matrizes de dados e classificação das Unidades de Contexto Elementar (UCEs); c) descrição das classes de UCEs; e d) cálculos complementares. No caso deste estudo, os dados foram rodados no programa por meio da análise parametrada, a qual necessita que as UCIs sejam pré-definidas e transformadas em UCEs. A escolha desse tipo de análise foi realizada, pois as entrevistas feitas tiveram a característica de serem em grande número, entretanto, com repostas de cerca de três linhas.

Foram produzidos três *corpora* para a análise, por se tratar de temas diferenciados. Dessa forma, cada *corpus* foi constituído pelas respostas a cada pergunta da entrevista, totalizando três perguntas. Seguindo a análise do programa, este apresentou a divisão das classes para cada *corpus*, ou seja, um *corpus* pode apresentar algumas distinções internas quanto às representações sociais analisadas, e o programa as apresenta separadas entre si. Adiante, o programa realiza um cálculo mais minimalista de cada classe, agrupadas através da semelhança de seu vocabulário e trechos que exemplificam o que se pretende, ou seja, as representações sociais desses indivíduos.

Além das funções relatadas, através do *software* ALCESTE, foi possível inserir variáveis quantitativas como sexo, idade, nível de escolaridade, entre outras, e o *software* mostra se sua associação com o material textual é significativa ou não. No caso deste estudo, foram inseridas as variáveis idade, estado civil, escolaridade, saúde autorreferida, qualidade de vida segundo WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old e bem-estar subjetivo; no entanto, elas tiveram de ter sua condição alterada, pois o *software* capta melhor variáveis dicotômicas, por esse motivo elas foram alteradas. A idade foi dividida em idosos de 60 a 75 anos, e os maiores de 75 anos; no estado civil, adotou-se o parâmetro só (englobando sujeitos solteiros, viúvos e

divorciados) e acompanhado (casado e vivendo com parceiro); na escolaridade, foi adotado um grupo que compreende de analfabeto à 8ª série incompleta e outro que vai da 8ª série até o Curso Superior completo. Para os instrumentos, adotou-se, na saúde autorreferida, um grupo de muito ruim e ruim, e outro com razoável, bom e muito bom; no WHOOL-Bref e Old, o ponto de referência foi a média adotada pelo grupo e foram separados os que estavam abaixo da média dos que estavam acima ou igual a média.

## **CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Este capítulo pretende apresentar e discutir os resultados encontrados na presente pesquisa. Inicialmente, busca-se mostrar o perfil sociodemográfico dos indivíduos entrevistados e, depois, os dados serão mostrados, associando-os aos resultados obtidos por meio da aplicação dos instrumentos. Nesse trecho, será adotada também a divisão, conforme as temáticas do estudo: qualidade de vida, saúde e bem-estar.

### **4.1 PERFIL AMOSTRAL**

Os dados sociodemográficos foram coletados de acordo com os seguintes critérios: idade, sexo, estado civil. Além disso, procurou-se saber se o entrevistado possui filhos, com quem mora, nível de escolaridade, ocupação atual, nível de renda, opção religiosa, bairro onde reside, tempo de participação no Centro de Convivência e quais atividades de que participa na instituição.

Foram investigados ao todo 84 indivíduos, tendo sido descartados 4 por motivo de erro no preenchimento dos dados e nas entrevistas. Assim, dos 80 restantes, 75 são mulheres, representando 93,8% do total, e 5 homens (6,3%). A média de idade geral foi de 75,24 anos (DP = 7,47). Para o grupo constituído de mulheres, a média de idade encontrada foi de 75,27 anos (DP = 7,59); já para o grupo de homens, a média de idade foi de 74,80 anos (DP = 6,09).

Quanto à categorização de idade proposta por Costa et al. (2001), que divide os indivíduos idosos em três categorias: idosos jovens (60 a 74 anos), idosos velhos (75 a 84 anos) e idosos muito velhos (mais de 85 anos), os dados estão descritos na Figura 14.

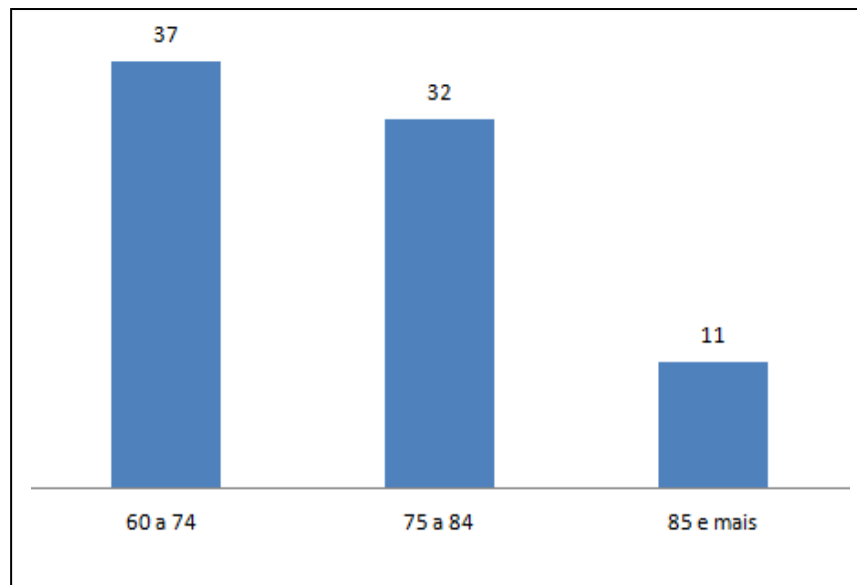


Figura 14: Categorização da amostra por idade.  
Fonte: A autora (2012).

O estado civil dos idosos foi analisado e constatou-se que 55% (n=44) são viúvos, seguido de 18,8% (n=15) casados/vivendo com parceiro, 16,3% (n=13) divorciados e 10% (n=8) solteiros. A maioria possui 2 filhos (32,5%; n=26) e 4 filhos ou mais (25%; n=20), sendo que 14 indivíduos possuem somente 1 (um) filho (17,5%), 11 possuem 3 filhos (13,8%) e 8 não possuem filhos (10%).

Quando perguntados com quem residem, constatou-se que metade dos idosos investigados residem sozinhos, ou seja, (50%; n=40), sendo que 26,3% (n=21) dos casos residem com os filhos, 11,3% (n=9) residem somente com o cônjuge. Há apenas 3 casos em que o idoso mora com os netos (3,8%, n=3) e, em 8,8% (n=7) dos casos, moram com outros parentes: sobrinhos, irmãos e com o(a) namorado(a). O nível de escolaridade encontrado foi diverso e se apresenta conforme a Tabela 2.

Tabela 2: Nível de escolaridade.

Nível de escolaridade	Frequência	Percentual
Analfabeto	4	5,0
Primário incompleto/completo (até 4ª série)	28	35,0
Ginasial incompleto (4ª até 7ª série)	16	20,0
Ginasial completo/colegial incompleto (8ª série a Ensino Médio incompleto)	20	25,0
Colegial completo/superior incompleto (Ensino Médio até não concluiu faculdade)	6	7,5
Curso Superior completo	6	7,5
Total	80	100,0

Fonte: A autora (2012).

No grupo de indivíduos com Curso Superior, encontram-se aqueles que fizeram os cursos Normal Superior e Pedagogia, para as mulheres (n=3), e Contabilidade, para homens, (n=2), tendo aparecido um idoso que apresentou a formação em 5 Cursos Superiores e uma Pós-Graduação.

Quanto à ocupação atual dos idosos, 45,0% (n=36) são aposentados, 28,8% (n=23) são aposentados e pensionistas, 17,5% (n=14) são apenas pensionistas e 8,8% (n=7) são aposentados, mas ainda trabalham. As ocupações encontradas foram: costureira (n=2), artesão, cantor, diarista, doméstica e regulador de imóveis (n=1 cada).

A renda mensal foi analisada através do número de salários mínimos recebidos por meio do autorrelato dos idosos. Constatou-se que 45,0% (n=36) recebem 1 (um) salário mínimo, 37,5% (n=30) recebem 2 salários mínimos, 7,5% (n=6) recebem 3 salários mínimos, número igual aos que recebem 4 salários mínimos. Há um idoso (1,3%) que recebe 5 salários mínimos e outro que não sabe quanto ganha, pois quem recebe o salário dele é o filho.

A opção religiosa demonstrou um resultado interessante. Como era de se esperar, a religião Católica teve resultado mais expressivo, com 68,8% (n=55); entretanto, esta foi seguida da religião Espírita com 11,3% (n=9), Evangélica (8,8%, n=7), entre outras, como mostra a Figura 15.

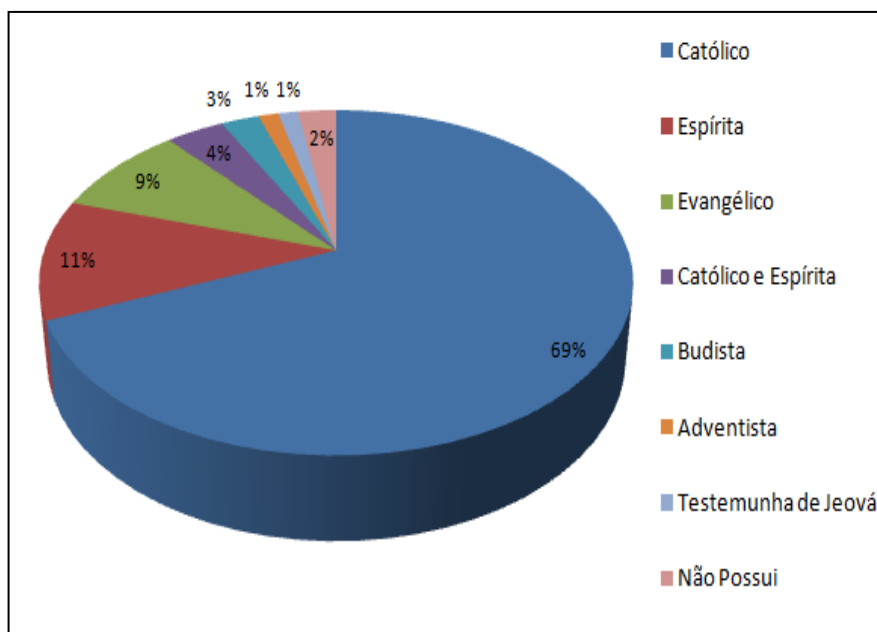


Figura 15: Opção religiosa.

Fonte: A autora (2012).

OBS.: As percentagens foram arredondadas.

A presente pesquisa teve o cuidado de saber como os idosos entrevistados estão distribuídos nas diversas regiões administrativas de Juiz de Fora. Com base nos dados fornecidos pela Prefeitura Municipal de Juiz de Fora – Anuário Estatístico (2009) –, a cidade é dividida em 7 regiões administrativas: centro, leste, norte, sudeste, sul, oeste e nordeste, sendo que cada qual reúne um número de bairros correspondentes. Desse modo, de posse dos dados coletados, procurou-se analisá-los conforme essa divisão. Foram encontrados os números descritos na Figura 16.

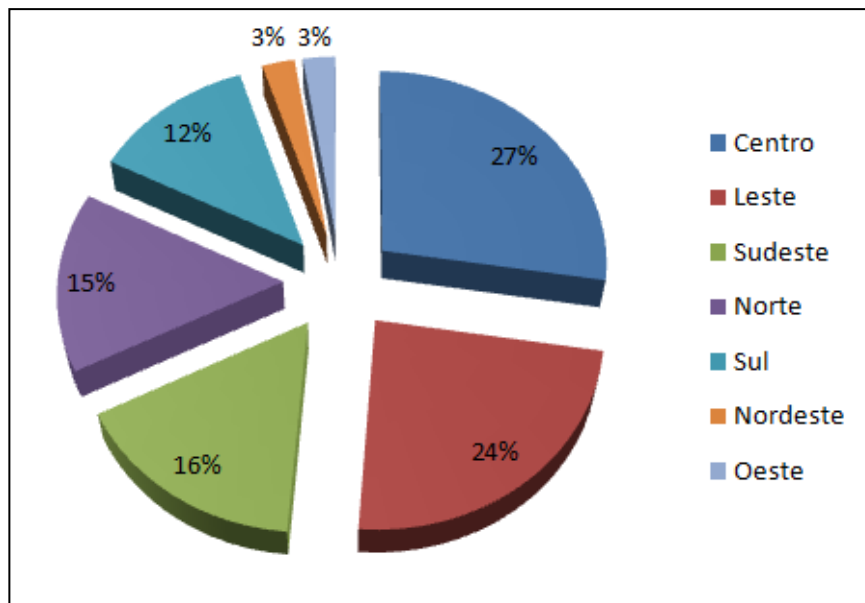


Figura 16: População distribuída por regiões administrativas da cidade.

Fonte: a autora (2012).

OBS.: As percentagens foram arredondadas.

Dessa forma, percebe-se a concentração de atendimento do Centro de Convivência pesquisado nas regiões de Juiz de Fora: centro (27,5%, n=22), leste (23,8%, n=19), sudeste (16,3%, n=13), norte (15%, n=12), sendo que, no centro da cidade (n=15; 18,75%), mora maior número de idosos inscritos na instituição, seguido dos bairros Nossa Senhora de Lourdes (n=5, 6,25%), São Bernardo e São Pedro (n=3 cada; 3,75%).

Ao procurar saber há quanto tempo os idosos participam das atividades no Centro de Convivência, constatou-se que a maior parte deles já frequentam o local por um período entre 1 e 10 anos (70%, n=56). O tempo de permanência de 11 a 15 anos foi encontrado em 12,5% dos indivíduos (n=10), de 16 a 20 anos em 11,3% (n=9), indivíduos com a frequência próxima da época em que foi fundada a Instituição, ou seja, os que possuíam mais de 20 anos de vínculo representaram 5,0% (n=4), e somente 1 (um) idoso não sabe há quanto tempo frequenta o local.

O Centro de Convivência oferece inúmeras atividades para seus frequentadores realizarem, e, com o intuito de analisar quantas atividades e de quais atividades os idosos participam, foram feitas as análises, tendo sido encontrados os seguintes dados: os idosos inscritos no Centro de Convivência participam de 2 ou 3 atividades (62,5%), os demais optam pela participação em somente 1 (uma) atividade (21,25%), 4 atividades (7,5%), 5 atividades (5%), sendo que 3,75% dos indivíduos pesquisados não participam de nenhuma atividade.

A atividade mais realizada pelo grupo pesquisado foi a ginástica, sendo frequentada por 39 indivíduos, seguida do baile (n=15). Outras atividades como dança de salão e dança sênior também tiveram frequência importante, com 9 e 8 indivíduos, respectivamente. As demais atividades encontram-se distribuídas na Figura 17.

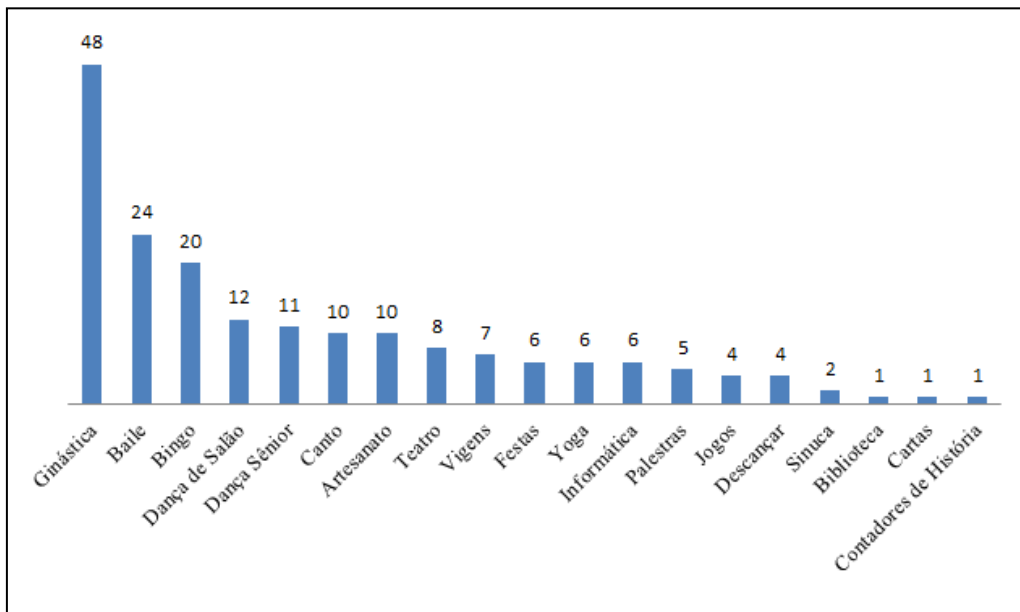


Figura 17: Atividades de que os entrevistados participam.

Fonte: A autora (2012).

Adiante, serão apresentados os resultados da aplicação dos questionários. Esses dados serão analisados juntamente com os dados coletados por meio das entrevistas e do questionário sociodemográfico, utilizando-se o método de “triangulação”.



## 4.2 QUALIDADE DE VIDA

Por meio da aplicação de três instrumentos, buscou-se avaliar a qualidade de vida dos idosos e investigou-se, em um primeiro momento, a representação social de qualidade de vida por intermédio da entrevista e, em seguida, aplicaram-se dois instrumentos, a fim de avaliar essa temática quantitativamente, WHOQOL-Bref (Fleck et al, 2000) e WHOQOL-Old (Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2006), nessa mesma ordem, apresentam-se e discutem-se os resultados.

A análise dos discursos realizada pelo *software* Alceste, referentes à questão “Para o(a) Sr(a) o que é qualidade de vida?” gerou um *corpus* denominado neste estudo “qualidade de vida”. Esse *corpus* apresentou 980 palavras distintas com a ocorrência de 4.538 vezes. O nível de retenção encontrado foi de 96,25% do total de UCEs do *corpus*, número este que representa uma análise positiva do nível de proximidade entre os conteúdos dos discursos. Esse *corpus* então foi reordenado em quatro classes que podem ser analisadas na Figura 18.

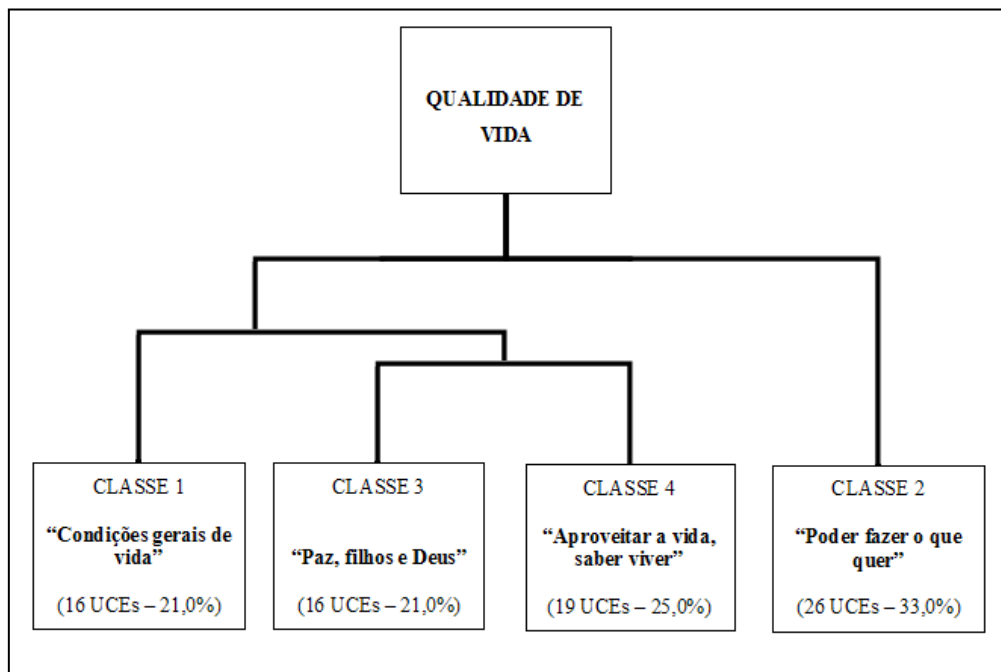


Figura 18: Dendrograma das classes sobre “qualidade de vida”.  
Fonte: A autora (2012).

Percebe-se que as classes apresentam-se relacionadas, de forma que, em um primeiro momento, surgiram dois *subcorpus*, um que deu origem à classe 2, e outro que originou as

classes 1, 3 e 4. Em seguida, o *subcorpus* que se dividiu em 3 classes apresenta a classe 1, opondo-se às classes 3 e 4. Nesse caso, por meio da comparação entre as porcentagens de retenção obtidas, considera-se que a classe que melhor define as representações sociais desses idosos é a classe 2, a qual é denominada “poder fazer o que quer”. A classe 4 obteve a segunda colocação de importância na comparação das classes, ficando logo após a classe 2, à qual foi dado o nome de “aproveitar a vida, saber viver”. A classe 3 obteve igual importância obtida pela classe 1 e foram denominadas “paz, filhos e Deus” e “condições gerais de vida”, respectivamente. Este nível de importância se apresenta apenas em consideração à porcentagem de retenção obtida, que representa quais discursos foram mais frequentes; entretanto, não se pode considerar que uma classe seja mais importante do que a outra, em primeiro aspecto, pois a diferença entre essas porcentagens apresentou-se muito pequena e parte-se do princípio de que não existe uma representação social mais importante do que outra.

#### 4.2.1 Poder fazer o que quer

A classe 2, diante de sua representação mais significativa em relação às outras (26 UCEs – 33%), pode ser definida como a classe que melhor compõe a representação social sobre a qualidade de vida dos indivíduos entrevistados. Na Tabela 3, percebe-se a distribuição das palavras associadas significativamente a essa classe ( $\chi^2$ ), juntamente com sua frequência de aparição nos discursos.

Tabela 3: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 2.

<b>Palavra</b>	<b>Frequência</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Gosto	9	10,81
Falo	8	8,71
Faço	7	8,83
Quero	7	8,83
Vou	7	6,75
Mesmo	6	6,79
Converso	5	4,88
Direito	5	7,15

Fonte: A autora (2012).

Segundo a análise das palavras e dos trechos dos discursos levantados, juntamente com a Tabela 3, constatou-se que, nessa classe, a representação social dos idosos pesquisados

sobre a qualidade de vida está associada ao sentimento de “poder”. A qualidade de vida, para eles, é poder fazer o que têm vontade, terem liberdade. Entre as tarefas que os idosos têm vontade de fazer, estão as atividades diárias, tais como resolver suas próprias questões e poder manter a convivência com as pessoas ao redor. O seguinte relato subtraído das entrevistas exemplifica essa representação: “[...] Eu vivo bem. Faço o que eu quero, como o que eu quero, vou onde quero” (Ind\_68).

Os dados encontrados nos discursos podem ser confirmados por meio de estudos desenvolvidos que demonstram os vários aspectos que compreendem a qualidade de vida no envelhecimento, tais como os apontados por Hornquist (1990): capacidade física, estado emocional, interação social, entre outros. No caso do sentimento de poder fazer o que se tem vontade, apresenta-se ter independência e autonomia sobre sua própria vida, dado que se confirma no que está teorizado sobre o assunto (Nascimento et al., 2000).

O sentimento de valorizar os cuidados consigo mesmo também foi percebido nos relatos. Cuidar da alimentação, da saúde, procurar atividades e relacionamentos que os fazem felizes são hábitos relatados pelos idosos pesquisados, ao serem questionados sobre sua qualidade de vida:

[...] Fazer o que eu faço. Acho que é querer se alimentar bem, cuidar do visual da pessoa, da gente mesmo. Não é porque a gente está idosa que a gente vai deixar de fazer uma unha, vai deixar de cuidar de um cabelo, de uma pele, usar uma roupa bonitinha. Gostou, comprou. Alimentação adequada. Cuidar da casa [...] (Ind\_35).

[...] Dormir o tempo necessário. Comer na hora certa. A alimentação também tem que estar certa. E tem que sair, se divertir. Agora eu estou tentando ter qualidade de vida, porque eu só ficava em casa (Ind\_66).

Poder conviver com a família e com os amigos é um dos aspectos relatado pela classe 2. Muitos idosos valorizam essa convivência; no entanto, não foi nessa classe que esse aspecto apareceu mais forte, na classe que será descrita a seguir, será abordado esse aspecto com mais ênfase.

#### 4.2.2 Condições gerais de vida

A classe 1 encontra-se na primeira subdivisão, juntamente à classe 2; entretanto, opondo-se às classes 3 e 4. Com 21% (16 UCEs), a classe 1 apresenta-se tendo como ponto principal na definição de representação social de qualidade de vida desses indivíduos a de “ter uma condição geral de vida”. A adoção do hábito de se alimentar bem seria a condição principal, sendo que outros aspectos se juntam a ela, tais como ter um lugar para morar dignamente, ter saúde e ter condições de passear e conviver com os amigos. As palavras que determinam essa classe podem ser encontradas na Tabela 4:

Tabela 4: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 1.

<b>Palavra</b>	<b>Frequência</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Alimentar	7	14,32
Boa	7	4,68
Casa	7	5,51
Saúde	6	10,74
Poder	5	5,96
Conviver	4	6,19
Amigos	3	7,54
Viajar	2	3,99

Fonte: A autora (2012).

A preocupação com a adoção de uma alimentação saudável é um dos aspectos também relatado como necessários para se ter uma boa qualidade de vida. A investigação realizada por Jóia, Ruiz e Donalísio (2007) também aponta na mesma direção. A infraestrutura da residência foi mencionada, pois valoriza-se ter um ambiente bom para se viver, onde se tem o essencial para a vida, não demonstrando a necessidade prioritariamente de conforto: “É ter um salariozinho prá gente comprar as coisas que precisa. Ter um banheiro em casa, tudo direitinho. Poder alimentar bem. Poder ter lazer, passear [...]” (Ind\_79).

O fator “convivência” tornou-se muito forte também na classe 1. Percebeu-se, no relato dos idosos, a valorização desse aspecto e, de forma específica, a convivência com os familiares e amigos:

É preciso conviver bem com a família, porque isso faz diferença. Ter uma boa união em casa. Ter os amigos (Ind\_61).

Conviver bem dentro de casa com a família. Aí é bom. Vive todo mundo bem, combina bem. É muito bom, não tenho nada para reclamar não (Ind\_56).

Nessa fase da vida, pode-se pensar que os idosos vivem a vida com mais solidão, menos contatos entre os parentes, amigos, muitos falecem, os filhos saem de casa, já têm suas famílias e acabam vivendo mais sozinhos. Para muitos, esse é um fato que os incomoda muito. Esses dados são confirmados por outros estudos que também investigam a qualidade de vida de idosos, os quais demonstram a importância do convívio com a família (Almeida, Leitão, & Silva, 2000; Vecchia, Ruiz, Bocchi, & Corrente, 2005; Jóia, Ruiz, & Donalísio, 2007; Bajotto, & Goldim, 2011).

#### 4.2.3 Saber viver com tranquilidade

As classe 3 e 4 apareceram após uma ramificação, opondo-se à classe 1, de modo que os componentes dessas duas classes possuem características mais próximas entre si, mesmo havendo alguns pontos específicos em cada uma. A classe 4 foi a que obteve maior retenção, 25% com 19 UCEs do total, ficando em segundo lugar geral de importância na definição da representação social do grupo investigado. Já a classe 3 obteve 21% de retenção (16 UCEs), igualando-se à classe 1. A distribuição das palavras associadas significativamente a essas classes pode ser observada na Figura 19.

CLASSE 3			CLASSE 4		
Palavra	Frequência	$\chi^2$	Palavra	Frequência	$\chi^2$
Vida	16	10,30	Qualidade	13	4,76
Qualidade	13	9,65	Saber	10	13,69
Deus	8	13,75	Pessoa	9	6,99
Filhos	4	6,19	Procurar	7	15,46
Ninguém	4	6,19	Família	6	4,91
Mãe	3	5,00	Difícil	5	12,05
Paz	3	5,00	Lugar	4	8,81

Figura 19: Distribuição das palavras associadas significativamente às classes 3 e 4.  
Fonte: A autora (2012).

Essas classes serão descritas de forma independente nos subitens adiante.

#### 4.2.3.1 Aproveitar a vida, saber viver

Por meio da análise realizada sobre as palavras significativas da classe 4 (Figura 19) e dos discursos apresentados pelos idosos, pôde-se observar que seus conteúdos apontam para uma representação social de qualidade de vida voltada para o enfrentamento de questões inerentes à existência. Trata-se de uma condição que se ganha, ao enfrentar as dificuldades da vida, e que leva o sujeito a adotar uma postura de “saber viver” e “aproveitar a vida”. Os seguintes relatos podem esboçar essa ideia, que se confirma com outro estudo de proposta semelhante ao desta investigação (Silva, Silva, Tura, Moreira, Rodrigues, & Marques, 2011).

É saber conviver com os prós e os contras da nossa vida. Ser tolerante na nossa idade. Saber conviver com a família, que é muito difícil na nossa idade. Ela entende nossos problemas. A gente tem que ser muito tolerante, prá ter uma qualidade de vida estável. Procurar não ter aborrecimento (Ind\_16).

É viver bem, viver tranquila, em paz. Saber conviver com as pessoas. Saber aceitar as coisas erradas, prá corrigir (Ind\_49).

Saber aproveitar, ter boas amizades. Ser bem ligada com a família. E frequentar os lugares, os ambientes que você gosta (Ind\_67).

Qualidade de vida, acho que cada um tem um tipo de qualidade. Eu procuro viver a vida da melhor maneira possível (Ind\_77).

Como exposto por Moraes e Winter (2007), por meio da realização deste estudo, confirma-se a ideia de que a conceitualização de qualidade de vida é um questionamento muito individual, em que cada idoso a conceitua de acordo com aquilo de que necessita, prefere e considera importante para si próprio.

#### 4.2.3.2 Paz, filhos e Deus

Na classe 3, observou-se que os aspectos relacionados à representação social de qualidade de vida foram associados a ter sensação de paz, tranquilidade, a importância de uma crença religiosa, o sentimento de liberdade conquistado com o envelhecimento. Em um estudo realizado sobre a definição de envelhecimento saudável, Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007) encontraram resultados que confirmam esses achados. No trecho de entrevista de um dos idosos, percebeu-se o aspecto de sentir-se tranqüilo: “Eu acho que a qualidade de vida é a gente poder viver em paz. Viver em harmonia” (Ind\_48).

Debert (2000), em seu comentário sobre um estudo sobre o envelhecimento nas revistas femininas, enfatiza que é na fase do envelhecimento, em especial o feminino, que acontecem mudanças consideradas positivas quanto à posição diante da vida. Segundo a autora, essa fase “é um momento em que a mulher liberada de todos os papéis sociais próprios das fases anteriores da vida pode enfim se dedicar à realização pessoal” (p. 154). Essa nova perspectiva de envelhecimento confirma os achados deste trabalho, como se pode verificar no seguinte depoimento:

Prá mim, quando a gente vive com pai e mãe, é uma coisa, quando a gente mora com o marido é outra coisa, a gente vai envelhecendo. Quando a gente fica viúva, que envelheceu que tem assim essas coisas que eu tenho qualidade de vida. É viver da melhor maneira possível, dentro dos limites da idade (Ind\_34).

Lucchetti, Granero, Bassi, Nasri e Nacif (2011), em estudo realizado sobre o impacto da espiritualidade em aspectos do envelhecimento, confirmam a importância que a adoção de uma crença religiosa possui na vida de idosos.

Ter paz, e tenho muita paz, graças a Deus. E muita fé em Deus. Porque a fé é muito importante na nossa vida. Porque você tem que acreditar em alguma coisa. Ninguém vive sem uma crença. Não é? É a gente prá ter paz. A paz a gente só encontra em Jesus. Porque não tem outro caminho prá você encontrar a paz (Ind\_08).

Ao inserir variáveis como idade, estado civil, escolaridade e pontuações nos questionários de qualidade de vida, saúde autorreferida e bem-estar subjetivo não foram constatados, por meio da análise realizada por esse *software*, uma associação significativa com este *corpus*. No entanto, essas variáveis podem ser discutidas nas análises associativas que serão realizadas adiante.

Para a análise da qualidade de vida realizada através do WHOQOL-Bref, os achados demonstram que a média foi de 90,08 pontos (DP = 8,99). A pontuação mínima encontrada foi 73 pontos e a máxima 111; já o uso do instrumento WHOQOL-Old mostrou que a média geral dos indivíduos entrevistados foi de 93,99 (DP = 10,00). Desse modo, ao utilizá-la como referência, 50 idosos ficaram acima (62,6%) e 30 idosos abaixo da média encontrada (37,5%). A pontuação mínima obtida foi de 72 pontos e a máxima, de 112 pontos. A análise desse instrumento permite afirmar que quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida desses indivíduos. Em comparação a um estudo com características semelhantes, esse grupo encontrou uma melhor qualidade de vida (Moliterno, Faller, Borghi, Marcon, & Carreira, 2012).

O WHOQOL-Bref permite uma análise sobre dois aspectos específicos, fora das facetas do instrumento: a autoavaliação da qualidade de vida e a autossatisfação com a saúde. Nesses aspectos, respectivamente, os idosos disseram possuir 81,3% de *boa* ou *muito boa* qualidade de vida e 77,5% para *satisfeito* ou *muito satisfeito* com a saúde, dados também encontrados nos relatos obtidos por intermédio das entrevistas.

Esses instrumentos também propiciam a análise de acordo com suas facetas. Para o WHOQOL-Bref, são 4 facetas e para o WHOQOL-Old, 6 facetas. A faceta com maior pontuação no primeiro foi a do meio ambiente ( $31,95 \pm 3,93$ ), sendo que a faceta referente às relações sociais obteve a menor pontuação ( $12,65 \pm 1,67$ ). No WHOQOL-Old, a faceta na



qual se encontrou a maior pontuação foi a de funcionamento dos sentidos ( $16,81 \pm 2,29$ ), dado convergente com outro estudo (Tavares, & Dias, 2012), e a menor pontuação foi encontrada na intimidade ( $14,24 \pm 3,64$ ) (ver Tabela 5).

Tabela 5: Escores obtidos através da aplicação dos questionários WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old.

	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
WHOQOL-Bref Geral	90,08	$\pm 8,99$	73	111
Físico	22,89	$\pm 2,96$	15	33
Psicológico	22,59	$\pm 2,64$	17	30
Relações Sociais	12,65	$\pm 1,67$	9	15
Meio Ambiente	31,95	$\pm 3,93$	23	40
WHOQOL-Old Geral	93,99	$\pm 10,00$	72	112
Funcionamento dos sentidos	16,81	$\pm 2,29$	10	20
Autonomia	16,19	$\pm 2,97$	8	20
Atividades passadas, presentes e futuras	14,85	$\pm 1,96$	10	20
Participação social	15,44	$\pm 2,35$	9	20
Morte e Morrer	16,46	$\pm 2,43$	5	20
Intimidade	14,24	$\pm 3,64$	4	20

Fonte: A autora (2012).

Em uma associação dos escores do WHOQOL-Bref com os achados sobre as representações sociais de qualidade de vida, os idosos desta pesquisa mostraram uma importância significativa quanto às relações sociais; no entanto, apesar de acharem importante essas relações, a aplicação desse questionário conseguiu demonstrar que esses idosos não possuem muitas relações sociais.

Na análise que associou o sexo com a média dos escores no WHOQOL-Bref, foram encontrados 99,92 pontos (DP = 10,25) para as mulheres e 92,70 pontos (DP = 7,50) para os homens. Para o WHOQOL-Old, a média da pontuação para o grupo feminino foi de 93,88 pontos (DP = 10,27) e, para o grupo masculino, foi de 95,60 pontos (DP = 4,77). No caso da associação entre sexo e escore nesses instrumentos, houve diferença significativa entre os grupos somente no domínio psicológico do WHOQOL-Bref ( $p=0,002$ ), conforme dados da Tabela 6.

Tabela 6: Comparação dos escores do WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old por grupamento de sexo.

	SEXO		
	Feminino (M±DP)	Masculino (M ± DP)	p
WHOQOL-Bref Geral	90,47 ± 9,05	84,20 ± 5,89	0,132
Domínio Físico	22,93 ± 2,88	22,20 ± 4,32	0,595
Domínio Psicológico*	22,69 ± 2,69	21,00 ± 0,70	0,002
Domínio das Relações Sociais	12,72 ± 1,65	11,60 ± 1,81	0,149
Domínio Meio Ambiente	32,12 ± 3,97	29,40 ± 2,30	0,136
WHOQOL-Old Geral	93,88 ± 10,27	95,60 ± 4,77	0,505
Funcionamento dos Sentidos	16,76 ± 2,33	17,60 ± 1,51	0,432
Autonomia	16,16 ± 3,03	16,60 ± 2,07	0,751
Atividades passadas, presentes e futuras	14,87 ± 2,02	14,60 ± 0,54	0,445
Participação social	15,44 ± 2,41	15,40 ± 1,14	0,971
Morte e Morrer	16,53 ± 2,48	15,40 ± 1,14	0,316
Intimidade	14,12 ± 3,67	16,00 ± 2,82	0,266

Fonte: A autora (2012).

\*valor de  $p < 0,05$

Nesse caso, como foi opção da pesquisadora manter os idosos homens como amostra, mesmo com uma representatividade pequena ( $n=5$ ), era de se esperar uma não significância nos achados na comparação entre sexos. Em muitos estudos, por ser uma amostra com relativa dificuldade de se encontrar nas pesquisas, o autor pode optar por um estudo feminino. No entanto, nesse caso, optou-se por observar o fato a partir de outro olhar, pois, como são poucos os homens a participar de estudos como este, há necessidade de seus dados serem valorizados e discutidos, mesmo diante da necessidade de se relativizar os achados. Vale salientar que, da mesma forma, os dados encontrados na análise da qualidade de vida associada ao grupamento sexo são confirmados por achados de um grupo com uma melhor pareação entre os sexos.

Ao se comparar os escores obtidos com o grupo etário, foi encontrado um dado com estimada relevância. Para os idosos deste estudo, quanto maior a idade, melhor se pontuou a qualidade de vida no WHOQOL-Bref ( $p=0,009$ ). No domínio físico, também foi encontrada uma diferença significativa entre os grupos etários ( $p=0,004$ ); já para o WHOQOL-Old, não foram encontradas diferenças significativas ( $p=0,694$ ), conforme dados apresentados na Tabela 7.

Tabela 7: Comparação dos escores do WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old por grupamento etário.

	GRUPO ETÁRIO			p
	60 a 74 anos (M ± DP)	75 a 84 anos (M ± DP)	85 e mais anos (M ± DP)	
WHOQOL-Bref Geral*	87,62 ± 8,59	90,59 ± 8,77	96,82 ± 7,84	0,009
Domínio Físico*	22,08 ± 2,81	22,97 ± 2,85	25,36 ± 2,50	0,004
Domínio Psicológico	21,89 ± 2,25	22,97 ± 2,86	23,82 ± 3,74	0,059
Domínio das Relações Sociais	12,41 ± 1,65	12,66 ± 1,57	13,45 ± 1,91	0,192
Domínio Meio Ambiente	31,24 ± 4,03	32,00 ± 3,74	34,18 ± 3,62	0,093
WHOQOL-Old Geral	94,27 ± 8,68	93,00 ± 1,08	95,91 ± 11,44	0,694
Funcionamento dos Sentidos	16,97 ± 2,07	16,53 ± 2,46	17,09 ± 2,62	0,668
Autonomia	15,97 ± 2,80	15,88 ± 3,32	17,82 ± 1,99	0,146
Atividades passadas, presentes e futuras	14,76 ± 1,86	14,69 ± 2,22	15,64 ± 1,43	0,362
Participação social	15,27 ± 2,10	15,53 ± 2,68	15,73 ± 2,28	0,821
Morte e Morrer	16,95 ± 1,88	16,22 ± 2,15	15,55 ± 4,20	0,189
Intimidade	14,35 ± 3,75	14,16 ± 3,62	14,09 ± 3,64	0,966

Fonte: A autora (2012).

\*valor de  $p < 0,05$ .

A análise dos escores, em comparação ao estado civil, mostrou alguns dados interessantes. O grupo de viúvos apresentou melhor pontuação no WHOQOL-Bref ( $M=91,52$ ,  $DP=9,60$ ) e em 3 de seus 4 domínios. Somente nas relações sociais, obteve a média menor que o grupo de divorciados/solteiros. Apesar de não ter apresentado uma diferença significativa ( $p=0,363$ ), esse dado é confirmado pelos relatos dos idosos que afirmaram melhorar suas vidas após o falecimento de seus cônjuges e disseram “*estar começando a viver agora*”.

Para o conteúdo abordado pelo WHOQOL-Old, essas características se modificam. Nesse instrumento, o grupo que apresentou maior escore foi o casados/vivendo com parceiro, com média 96,27 pontos ( $DP=6,12$ ) e o menor escore foi obtido pelo grupo solteiro ( $M=90,13$ ,  $DP=9,49$ ). Nesse instrumento, foram encontradas diferenças significativas nos domínios de funcionamento dos sentidos ( $p=0,036$ ) e atividades passadas, presentes e futuras ( $p=0,043$ ). A Tabela 8 exemplifica os achados.

Tabela 8: Comparação dos escores do WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old com estado civil.

	ESTADO CIVIL				p
	Viúvo (M ± DP)	Casado/Vivendo com Parceiro (M ± DP)	Divorciado/Separado (M ± DP)	Solteiro (M ± DP)	
WHOQOL-Bref Geral	91,52 ± 9,60	89,20 ± 7,29	88,69 ± 7,34	86,00 ± 10,50	0,363
Domínio Físico	23,55 ± 2,79	22,47 ± 2,85	21,92 ± 2,98	21,63 ± 3,58	0,149
Domínio Psicológico	22,84 ± 2,80	22,73 ± 2,86	22,00 ± 2,00	21,88 ± 2,41	0,652
Domínio das Relações Sociais	12,77 ± 1,76	12,40 ± 1,84	12,92 ± 1,38	12,00 ± 1,30	0,557
Domínio Meio Ambiente	32,36 ± 4,25	31,60 ± 2,87	31,85 ± 3,26	30,50 ± 5,04	0,646
WHOQOL-Old Geral	94,70 ± 11,06	96,27 ± 6,12	91,31 ± 9,91	90,13 ± 9,49	0,378
Funcionamento dos Sentidos*	17,14 ± 1,93	16,07 ± 2,52	17,62 ± 2,29	15,13 ± 2,90	0,036
Autonomia	16,30 ± 3,11	17,00 ± 2,00	15,23 ± 3,27	15,63 ± 3,24	0,430
Atividades passadas, presentes e futuras*	15,25 ± 2,09	15,13 ± 1,84	13,85 ± 1,40	13,75 ± 1,48	0,043
Participação social	15,32 ± 2,70	16,07 ± 1,71	15,38 ± 2,32	15,00 ± 1,06	0,697
Morte e Morrer	16,59 ± 2,53	16,07 ± 2,18	16,92 ± 2,46	15,75 ± 2,43	0,651
Intimidade	14,11 ± 3,43	15,93 ± 3,15	12,31 ± 4,55	14,88 ± 2,80	0,062

Fonte: A autora (2012).

\*valor de  $p < 0,05$ .

Para a análise dos escores obtidos nos dois instrumentos, em comparação à escolaridade, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos ( $p=0,952$ ). Na categorização por renda, em números de salários mínimos que os idosos ganham, foi encontrada uma diferença significativa nos escores do WHOQOL-Bref ( $p=0,043$ ), em que se constata que os indivíduos que possuem a renda de 4 salários apresentam uma melhor qualidade de vida ( $M=95,67$ ,  $DP=8,11$ ), e os que ganham 1 (um) salário, menor escore de qualidade de vida ( $M=87,14$ ,  $DP=7,80$ ). Vale ressaltar que essa relação não se apresenta diretamente positiva entre as outras categorias, dado que confirma o que alguns autores apontam, ou seja, que a renda, ou nível socioeconômico, pode não ser sinônimo de qualidade de vida (Moraes, & Winter, 2007). Para o domínio físico, também foi encontrada uma diferença significativa entre os grupos ( $p=0,000$ ).

No WHOQOL-Old, os indivíduos que ganham 4 salários também apresentam melhor qualidade de vida ( $M=100,83$ ,  $DP=5,91$ ); no entanto, os que possuem 3 salários como renda, apresentaram pior qualidade de vida ( $M=90,00$ ,  $DP=7,58$ ). No caso desse instrumento, em nenhum dos domínios, foi encontrada diferença significativa. Dessa forma, constatou-se que apenas no caso dos aspectos relacionados ao instrumento WHOQOL-Bref a renda apresenta alguma interferência, evidenciando o domínio físico.

O tempo que os idosos pesquisados frequentam o Centro de Convivência interferiu na qualidade de suas vidas, em se tratando da análise feita pelo WHOQOL-Bref e em dois domínios do WHOQOL-Old, funcionamento dos sentidos e autonomia (ver Tabela 9). Os achados mostram que quanto maior o tempo no Centro de Convivência, maior a qualidade de vida mensurada pelo WHOQOL-Bref ( $p=0,005$ ), e em todos os seus domínios. Nos domínios do WHOQOL-Old, o funcionamento dos sentidos apresentou  $p=0,021$  e a autonomia,  $p=0,015$ . Esses dados confirmam a seguinte hipótese: o fato de frequentar um Centro de Convivência com as características do investigado pode colaborar, positivamente, para uma boa qualidade de vida da população idosa (Benedetti, Mazo, & Borges, 2012).

Tabela 9: Comparação dos escores do WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old por tempo de frequência no Centro de Convivência.

	TEMPO NO CENTRO DE CONVIVÊNCIA					p
	1 a 5 anos (M ± DP)	6 a 10 anos (M ± DP)	11 a 15 anos (M ± DP)	16 a 20 anos (M ± DP)	Mais de 20 anos (M ± DP)	
WHOQOL-Bref Geral*	88,07 ±7,164	87,93 ± 8,34	91,30 ± 10,98	95,56 ± 6,87	101,00 ± 11,57	0,005
Domínio Físico*	21,86 ±2,505	22,86 ± 3,36	22,90 ± 2,60	24,78 ± 2,04	25,40 ± 2,70	0,026
Domínio Psicológico*	22,18 ±1,92	21,96 ± 2,23	23,30 ± 3,97	23,33 ± 2,73	25,60 ± 3,36	0,034
Domínio das Relações Sociais*	13,11 ± 1,49	11,89 ± 1,64	12,20 ± 1,81	13,67 ± 1,22	13,40 ± 1,67	0,009
Domínio Meio Ambiente*	30,93 ± 3,71	31,21 ± 3,58	32,90 ± 3,95	33,78 ± 3,07	36,60 ± 4,98	0,012
WHOQOL – Old	92,25 ± 9,84	94,71 ± 9,02	89,20 ± 12,23	97,89 ± 10,05	102,20 ± 5,89	0,087
Funcionamento dos Sentidos*	16,75 ± 2,18	17,25 ± 1,75	14,70 ± 2,79	17,44 ± 2,55	17,80 ± 2,38	0,021
Autonomia*	15,61 ± 2,75	16,21 ± 3,07	14,60 ± 3,47	18,56 ± 1,23	18,20 ± 1,92	0,015
Atividades presentes, passadas e futuras	14,46 ± 2,04	15,00 ± 1,82	14,30 ± 2,26	15,56 ± 2,06	16,00 ± 1,00	0,304
Participação social	15,00 ± 2,62	15,43 ± 2,11	15,10 ± 2,80	16,67 ± 1,73	16,40 ± 1,67	0,352
Morte e Morrer	16,18 ± 2,970	16,32 ± 2,21	16,90 ± 1,91	16,33 ± 1,58	18,20 ± 2,49	0,507
Intimidade	14,25 ± 3,146	14,50 ± 4,03	13,60 ± 4,22	13,33 ± 3,90	15,60 ±2,96	0,798

Fonte: A autora (2012).

\*valor de  $p<0,05$ .

Também, com referência à participação de atividades no Centro de Convivência, foi investigado se o número de trabalhos que os idosos realizam apresentaria alguma associação com a qualidade de vida deles, mas não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos. Para a análise conforme a religião adotada, também não foram encontradas diferenças

significativas; entretanto, percebeu-se que os indivíduos adeptos dos conhecimentos da religião Católica, juntamente com a religião Espírita, apresentaram os maiores escores, tanto no WHOQOL-Bref (M=96,00, DP=16,70) quanto no WHOQOL-Old (M=100,33, DP=6,80). Esse dado converge com os dados da análise qualitativa sobre o assunto. Os idosos investigados neste estudo relataram ser importante a adoção de uma crença religiosa.

### 4.3 SAÚDE

A análise da saúde, neste estudo, foi desenvolvida por meio da aplicação de três instrumentos, uma entrevista sobre a representação social de saúde: uma pergunta sobre a autopercepção de saúde e o questionário BOAS, nas seções de “Saúde física” e “Utilização de serviços médicos e dentários” (Veras, 1994).

Para o *corpus* que representa a “saúde”, referente à questão “Para o(a) Sr(a), o que é saúde?”, foram encontradas 846 palavras distintas com a ocorrência de 4.478 vezes. Percebeu-se que a retenção foi de 97,50% do total de UCEs. Na Figura 20, apresenta-se ordenação por classes.

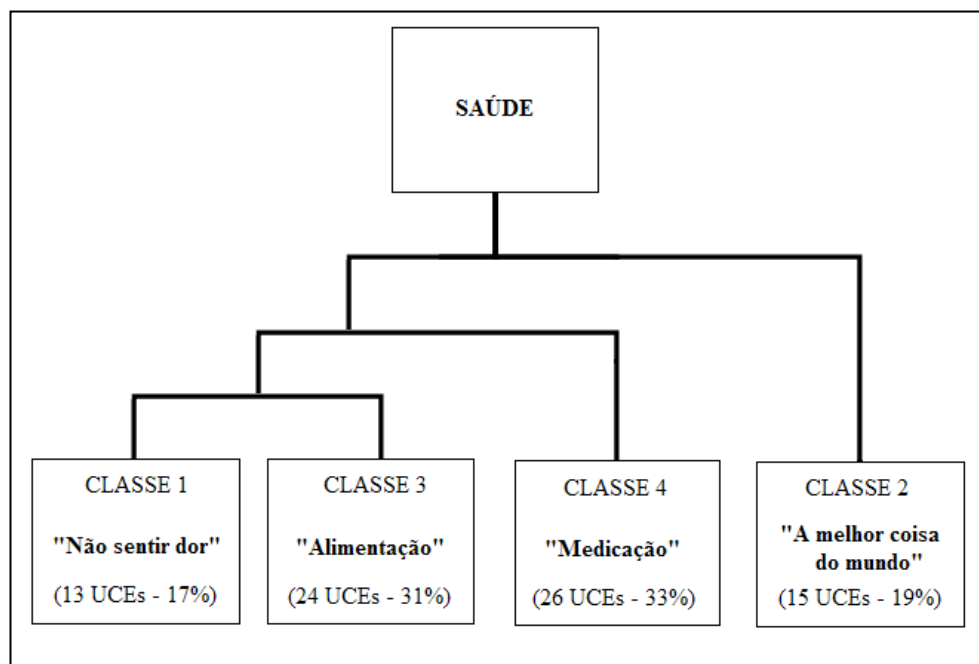


Figura 20: Dendograma das classes sobre “saúde”.  
Fonte: A autora (2012).

Esse *corpus*, como mostra a Figura 20, foi repartido em 4 classes. Em uma primeira partição, foi dividido em dois, criando a classe 2 (15 UCEs, 19%), que se opôs às demais. Logo após, houve uma outra partição que se opôs à classe 4 (26UCEs, 33%) e às classes 1 (13 UCEs, 17%) e 3 (24 UCEs, 31%). O número expresso em porcentagem é representacional da importância que cada classe obteve nesse *corpus* como um todo.

#### 4.3.1 A melhor coisa do mundo

A classe 2 surgiu na primeira repartição das classes, opondo-se às outras três, tendo sua caracterização como a que possui aspectos mais distantes das demais; essa classe apresenta uma definição de saúde bem específica. Para os indivíduos reunidos nessa classe, a saúde seria “a melhor coisa do mundo”. A categorização dessa classe partiu da análise da distribuição da frequência das palavras associadas significativamente (Tabela 10) e de trechos das entrevistas.

Tabela 10: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 2.

<b>Palavra</b>	<b>Frequência</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Coisa	11	9,54
Melhor	8	27,27
Tiver	4	12,70
Bebo	3	5,72
Doença	3	3,96
Doente	3	5,72
Sair	3	8,44
Todo	3	3,96

Fonte: A autora (2012).

Em estudo sobre a concepção de idosos sobre saúde, Ferretti, Nierotka e Silva (2011) apontaram para o aspecto de “globalidade da vida”. Nos relatos apresentados pelos idosos, foi possível perceber que a saúde é o mais importante entre os aspectos que compõem a vida. A presente pesquisa se converge com a investigação desses autores no que diz respeito a um depoimento, em que se verificou a mesma máxima: “Eu acho que é a melhor coisa do mundo. Graças a Deus eu tenho” (Ind\_63). Apresenta-se outro relato em sintonia com esse pensamento:

Prá mim tem uma saúde física e uma saúde mental. Todo mundo sente alguma coisa, mas isso não quer dizer que você tem que se entregar prá doença não, tem que lutar e fazer o tratamento adequado. E a saúde do espírito é a gente ter fé em Deus. Porque, se a gente não tiver fé em Deus, não adianta nada não. (Ind\_57)

A presença da espiritualidade na saúde também foi relatada, aparecendo como um fator tranquilizador diante da presença da doença e da necessidade de enfrentá-la. McCullough e Laurenceau (2005), em estudo sobre a religião e a autoavaliação de saúde, relataram uma associação positiva entre os dois aspectos. O depoimento citado anteriormente mostra essa relação.

#### 4.3.2 Medicação

Para a classe 4, que obteve maior expressão quanto à representação social de saúde da amostra pesquisada (33%), a saúde é, em especial, ter condições para se tratar, e, nesse caso, tomar os remédios de que necessita, ou não necessitar tomá-los ( $x^2=38,87$ ). Para esse grupo, o cuidado com a saúde é essencial e engloba fazer exames periódicos, ter uma boa alimentação. Nessa classe, constatou-se a influência de um grupo etário específico, idosos com mais de 75 anos ( $x^2=8,31$ ). A distribuição da frequência das palavras relacionadas a essa classe pode ser observada na Tabela 11.

Tabela 11: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 4.

Palavra	Frequência	$x^2$
Tomar	20	42,21
Idade_2 <sup>i</sup>	19	8,31
Remédio	18	38,87
Minha	12	4,33
Muito	12	5,21
Cuidar	8	5,58
Faço	8	7,09
Dizer	7	5,29
Precisa	6	9,49
Exemplo	5	5,02
Importante	5	5,02

<sup>i</sup>Idade\_2: Indivíduos com idade superior a 75 anos.

Fonte: A autora (2012).

Huber et al. (2011), em seus estudos, apresentaram o termo “saúde social”, que se confirma diante dos relatos participativos da classe 4. Esse termo faz referência a um



equilíbrio dinâmico entre as alterações que surgem comumente no decorrer dos anos. Essas alterações podem aparecer como oportunidades ou limitações e inclui a capacidade que os indivíduos adquirem ou aprimoram de lidar com essas alterações.

Ah! Saúde é a nossa riqueza na vida. Se você não tiver saúde, você não tem prazer. Se cuidar, nunca deixar se levar por vícios. Ir ao médico, por exemplo. De 6 em 6 meses, eu vou ao médico. É o cardiologista, é o exame de sangue, enfim, você tem que ver. Eu que tenho problema de artrose no joelho. Não me incomoda porque eu não estou nem aí prá ela. Eu estou sempre me cuidando. É aquele remedinho do dia a dia, que, às vezes, a gente tem que tomar. Eu não tenho problema de saúde nenhum grave. Eu tenho saúde. Pela minha idade, 80 anos, tá divina. Eu não tenho glicose alta, colesterol, pressão alta. Durmo muito bem, alimento muito bem. Então eu acho que saúde, você tem que ter cuidados. Olhar sempre, sempre, não descuidar nunca da sua saúde (Ind\_16).

Saúde, eu acho que é a gente, primeiro, a gente se alimentar bem. Alimentar adequado. E, se cuidar né? Se tratar. Porque a gente precisa. Não pode esquecer os remédios, e exercício físico que é muito importante. Mesmo que a gente não faça, tem que caminhar, tem que procurar fazer um exercício pra ajudar o corpo. (Ind\_08)

Em um estudo qualitativo sobre qualidade de vida realizado na mesma cidade em que foi realizada a presente pesquisa, também se encontram apontamentos para a adoção de comportamentos preventivos, que seria um dos aspectos que se considera na definição de envelhecimento saudável (Cupertino, Rosa, & Ribeiro, 2007).

#### 4.3.3 Alimentação

Os integrantes da classe 3 apresentaram relatos que mostram a importância da alimentação para a saúde. Mesmo apresentando-se entre outros fatores, a alimentação, “comer bem”, foi frequente na grande maioria dos discursos ( $\chi^2=15,67$ ). A Tabela 12 apresenta a distribuição das palavras associadas, de acordo com a sua frequência.

Tabela 12: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 3.

<b>Palavra</b>	<b>Frequência</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Tudo	11	5,32
Comer	9	15,67
Alimentar	8	4,44
Dores	8	6,93
Pressão	8	4,44
Posso	6	4,60
Sinto	6	6,15
Fiquei	4	3,93
Negócio	4	6,08
Causa	3	3,87

Fonte: A autora (2012).

É perceptível o aumento da preocupação com a alimentação nos dias atuais. Hoje, tem-se, facilmente, através dos meios de comunicação, o acesso a informações a respeito da importância de se manter uma alimentação saudável, e não é de se espantar que esse dado tenha aparecido nas representações sociais dos idosos sobre saúde. Em estudo desenvolvido quanto ao comportamento alimentar de idosos de um Centro de Convivência, Santos e Ribeiro (2011) também encontraram no discurso dos entrevistados a alimentação como um aspecto essencial em suas vidas. Os seguintes depoimentos estão em sintonia com os achados desses autores:

Saúde é procurar alimentar bem. Só querer, de acordo com a idade. É comer muita verdura, muita fruta, nada de coisa prá num engordar, nada de massa, nada de coisa que engorda, pouca gordura, pouco sal (Ind\_01).

É você poder se alimentar bem, comer de tudo. É o que eu faço. Ter condições de comer tudo que deseja (Ind\_62).

A adoção de uma alimentação saudável é importante em todas as fases da vida e está diretamente associada à saúde. Uma investigação realizada por Siqueira, Nahas, Facchini, Silveira, Piccini, Tomasi, Thumé, Reichert e Hallal (2009), sobre os fatores que adultos e idosos consideram como sendo mais importantes para manutenção da saúde constatou que, tanto entre os adultos quanto em idosos, a adoção da alimentação saudável está como principal aspecto.

#### 4.3.4 Não sentir dor

O grupo de pessoas que integra a classe 1 definiu saúde em seus relatos como não sentir dores que os incomodem a ponto de evitar que façam as coisas que desejam. Esses achados podem ser confirmados a partir dos dados presentes na Tabela 13 e nos discursos dos entrevistados.

Tabela 13: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 1.

Palavra	Frequência	$\chi^2$
Ter	8	3,96
Pessoas	6	11,35
Poder	6	4,68
Sentir	6	6,29
Andar	4	5,65
Passear	4	4,50
Levar	3	7,22
Sair	3	10,33
Animada	2	5,62

Fonte: A autora (2012).

A relação de não sentir dores nesse grupo aparece associada à capacidade física de os idosos poderem continuar fazendo as tarefas que desejam realizar. Nessa associação, encontra-se a necessidade de se chegar à velhice com condições mínimas de capacidade funcional e mental (McEwen, 2003; Antonovsky, 1984). Os seguintes depoimentos comprovam essa vontade dos idosos:

Eu acho que é o que eu tenho. Eu ando prá lá e prá cá, apesar de ter umas coisinhas. Mas nada me impede de poder sair, participar das coisas que eu gosto. Ir prá minha reunião budista que eu gosto. Eu gosto muito, não faltou. Estou sempre lá. Ter amigos. Tudo isso prá mim é ter saúde (Ind\_74).

Ah! É a gente assim ser animado. Se a gente quiser sair, devagarzinho, a gente vai. Não tá sentindo muito as coisas. Porque sentir, a gente sente mesmo. Graças a Deus, porque a gente vê gente assim muito pior que a gente. Aquele pessoal na cama, coitadinhos, sofrendo muito. Eu acho que saúde é a gente poder andar, fazer alguma coisa, ter disposição. Eu acho que isso é saúde. Um cadim a gente tem, muito não, mas um cadim tem (Ind\_20).

A associação das representações sociais coletadas sobre saúde será discutida adiante, em comparação com os achados nos questionários.

O instrumento de análise autorreferida foi utilizado para investigar como é a percepção do próprio indivíduo sobre sua saúde. Em análise, constatou-se que 45% (n=36) dos idosos relataram sua saúde como *boa* e, com a saúde  *muito boa*, foram encontrados 30% (n=24). Os demais relataram uma saúde *razoável* (20%, n=16), *ruim* (3,8%, n=3) e *muito ruim* (1,3%, n=1). A parte inicial do questionário BOAS permite fazer o mesmo questionamento; no entanto, são disponibilizados outros dois questionamentos que aprofundam a análise da autopercepção de saúde, conforme a Tabela 14.

Tabela 14: Componentes da autopercepção de saúde.

<b>AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE</b>			
	<b>Melhor</b>	<b>Mesma coisa</b>	<b>Pior</b>
Comparação da saúde atual com os últimos cinco anos	42,5% (n=34)	28,8% (n=23)	28,8 (n=28,8)
	<b>Melhor</b>	<b>Mesma coisa</b>	<b>Pior</b>
Comparação da saúde pessoal com a de outras pessoas idosas	73,8% (n=59)	23,8% (n=19)	2,5% (n=2)

Fonte: A autora (2012).

Há um trecho no questionário BOAS em que se investiga se os idosos possuem algum problema de saúde, quais seriam eles, o tempo de alojamento desse problema e se ele impacta em suas atividades diárias. Quanto à presença de algum problema de saúde, 91,3% (n=73) dos idosos relataram ter alguma doença já instalada. O problema de saúde mais encontrado foi a hipertensão (n=34), seguido de artrose (n=17), cardiopatias (n=11) e catarata (n=10), e foi mais frequente encontrar idosos que possuem 2 patologias (38,8%) ou 1 (uma) patologia (23,8%). Esses achados são confirmados por um estudo populacional que buscou descrever o perfil da saúde cardiovascular dos idosos brasileiros (Pereira, Barreto, & Passos, 2008). Nesse estudo, a hipertensão aparece como a doença mais prevalente, seguida da hipercolesterolemia e o diabetes.

O tempo de instalação da doença apresentou-se de forma bem variada tendo sido percebida ocorrência de enfermidades crônicas, já instaladas há mais de 10 anos. Ao questionar se esses problemas impactam, de alguma forma, a vida dessas pessoas, 66,3% (n=53) disseram não sofrer impacto desses problemas de saúde na realização de suas atividades. Esse dado converge com os achados nos discursos, em que os idosos afirmaram que, mesmo possuindo alguma doença, se esta for tratada e estiver controlada, ela não o impede de seguir a vida com suas atividades.

Para estimar um grau relativo de autonomia funcional, foi questionado se esses idosos possuem algum problema que dificulte sua mobilidade, tendo surgido problemas nas

articulações (53,8%, n=43), joanetes, calos, dedos torcidos nos pés (15%, n=12), e, ainda, se teriam a ausência de algum membro, sendo que não se detectou nenhum caso nesse último item. A debilidade física do entrevistado foi avaliada por meio de algumas perguntas sobre quedas. Se o idoso teve algum evento de queda nos últimos 3 meses, se pôde se levantar sozinho, e se não conseguiu, quanto tempo permaneceu no chão até que fosse socorrido. Nesse quesito, 80% (n=64) dos idosos disseram não ter tido nenhuma queda e, dos que tiveram (n=16), a maioria (n=11) conseguiu se levantar sozinho e, dos que não conseguiram se levantar, a média de permanência no chão à espera de socorro foi de 5 a 10 minutos.

A acuidade visual também foi investigada e a maioria dos idosos relatou ter uma *boa* ou *ótima* visão (72%), sendo que a visão *ruim* ou *péssima* foi encontrada em 26,3% dos idosos, lembrando que um idoso é deficiente visual e 70% dos idosos utilizam óculos. A qualidade da audição foi avaliada, e 81,3% dos idosos relataram ter uma *boa* ou *ótima* audição e 18,8% disseram ter uma audição *ruim*.

Quanto à qualidade dos dentes, em 77,5% dos casos, a maioria ou todos, os dentes estão faltando; assim, 90% dos idosos usam próteses dentárias e informaram não ter nenhum problema nos dentes que os atrapalhe a mastigar os alimentos (78,8%). Os indícios de uma possível incontinência urinária também foram investigados, sendo que 72,5% dizem não ter problemas de perdas acidentais de urina.

Um segundo trecho utilizado do questionário BOAS foi de “utilização de serviços médicos e dentários. Nessa seção, o acesso aos cuidados de saúde foram investigados e constatou-se que 41,3 % dos idosos utilizam os serviços médicos de instituições públicas gratuitas, 32,5 % utilizam os serviços de planos de saúde e 21,3 % dos dois serviços em conjunto, tanto as instituições públicas quanto os médicos credenciados nos seus planos de saúde. Vale lembrar que 50% dos idosos disseram estar satisfeitos com os serviços que utilizam e não estão satisfeitos por motivos de demora excessiva para a marcação das consultas/exames (47,5%) e o tempo de espera para serem atendidos no local (28,8%). A frequência da utilização de serviços médicos, nos últimos três meses, foi percebida através da realização de consultas médicas (72,5%) e de exames clínicos (77,5%).

O uso da medicação foi investigado por meio da seguinte pergunta: utiliza algum medicamento regular, quais medicamentos utiliza normalmente e quem os receitou? Nesse caso, o nome da medicação foi trocado pelo número de medicamentos usados, pois percebeu-se uma grande dificuldade dos idosos no sentido de informarem os nomes dos medicamentos. Nesses aspectos, foram encontrados 92,5% dos idosos fazendo uso de algum medicamento regularmente, e a frequência mais encontrada foi de tomarem dois remédios (23,8%), mas

também apareceram idosos que tomam até 11 e 14 remédios diários, por indicação médica (90%), sendo que muitos relataram não ter problemas para a obtenção do remédio.

Em caso de incapacitação ou doença, os idosos foram questionados se teriam alguém que pudesse olhar por eles, sendo que, em 51,3% dos casos, apareceu o cuidado dos filhos, notadamente da filha (37,5%). Esse dado confirma um tema que muitas pesquisas atualmente abordam sobre a feminilização do cuidado. Cumpre assinalar que os idosos não gostam muito de serem questionados quanto a essa questão, pois, nesse momento da vida, defrontam com um tema delicado, ou seja, o cuidado, e os dados atuais confirmam que o cuidado que fica a cargo da família está cada vez mais difícil de ser realizado (Rissardo, Furlan, Grandizolli, Marcon, & Carreira, 2012).

#### 4.4 BEM-ESTAR

O bem-estar foi analisado por meio da aplicação de dois instrumentos: uma entrevista sobre a representação social do tema e um questionário que o avalia quantitativamente, a Escala para Avaliação de Satisfação na Vida referenciada a domínios (Liberalesso, 2002).

O *corpus* definido como “bem-estar” refere-se à questão “Para o(a) Sr(a), o que é Bem-Estar?” e apresentou 711 palavras distintas e ocorrência de 3.342 vezes. Nesse tema, a retenção foi de 93,75%, confirmando com os outros *corpora* um alto nível de retenção, o que significa uma importante coerência entre os discursos encontrados. A Figura 21 mostra sua ordenação por classes.

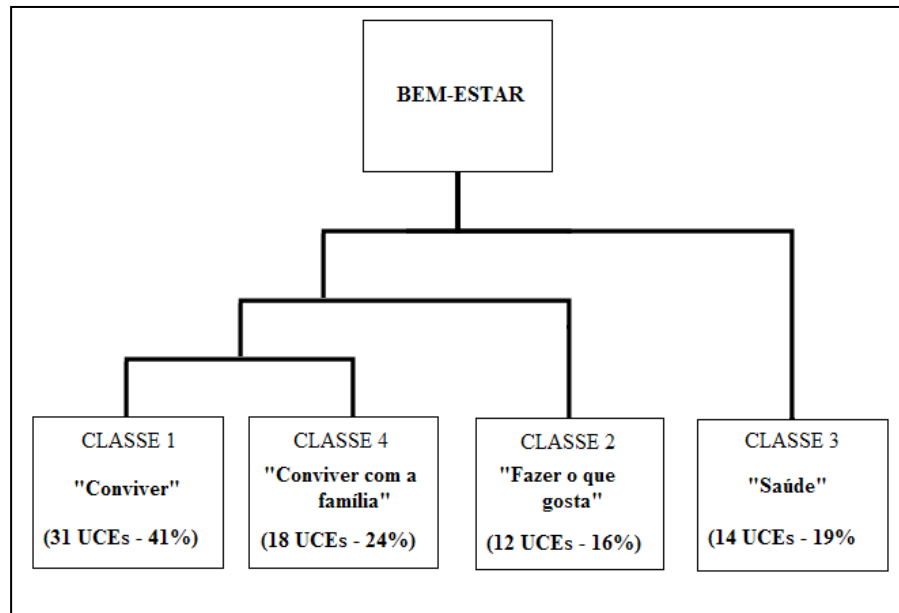


Figura 21: Dendrograma das classes sobre "bem-estar".

Fonte: A autora (2012).

O *corpus* "bem-estar" foi subdividido em 4 classes, salientando que o intuito da divisão por classes é agrupar os relatos com proximidade de conteúdo e compor um modelo de representação social sobre o tema investigado. Dessa forma, em uma primeira divisão, obteve-se a classe 3 opondo-se às demais classes, com 19% de retenção (14 UCEs). A classe 2 (16% - 12UCEs) apresentou-se oposta às classes 3, 1 e 4. Em uma última divisão, foram encontradas as classes 1 e 4, com 41% (31 UCEs) e 24% (18 UCEs), respectivamente, de modo que as duas últimas classes, por valor de sua porcentagem de retenção, foram as representações sociais que definiram melhor esse *corpus*.

#### 4.4.1 Saúde

A primeira partição em classes fez surgir a classe 3, com 19% de retenção (14 UCEs), a qual apresentou características bem distintas das outras classes. Nos discursos que a compreende, foram encontrados relatos em que o bem-estar refere-se a aspectos da saúde. Chegou-se a essa definição, utilizando as frequências das palavras associadas significativamente à classe (ver Tabela 15) e aos trechos subtraídos dos discursos.

Tabela 15: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 3.

Palavras	Frequência	$\chi^2$
Esc_2 <sup>i</sup>	9	5,34
Saúde	8	33,22
Mesma	6	18,72
Paz	5	14,16
Tranquila	4	13,27
Jeito	3	8,83

<sup>i</sup>Esc\_2: Indivíduos com escolaridade de 8ª série até o Curso Superior completo.

Fonte: A autora (2012).

A revisão de literatura realizada na presente pesquisa, bem como a própria representação social de saúde investigada, convergem para que seja percebido nos idosos que ter saúde representa um bem-estar para eles. Diener et al. (1999) mostraram que um dos domínios específicos que englobam a concepção de satisfação é a saúde. Confirmando essa condição, Lawton, Devoe e Parmelee (1995), Sarvimaki e Senbock-Hult (2000) e Cardoso e Ferreira (2009) enfatizaram que as pesquisas sobre bem-estar subjetivo na velhice demonstram que um dos múltiplos fatores que podem influenciar o bem-estar é a saúde física. Ryff (1989) complementou esse pensamento, afirmando que os idosos a consideram como o elemento mais importante do bem-estar. Os seguintes depoimentos mostram tal associação:

É ter saúde. Ter sossego, ficar tranquila, ter paz ( Ind\_79).

[...] Tendo saúde, a gente sente bem de qualquer jeito [...] (Ind\_ 82).

[...] Estar de bem com a vida. Estar com saúde. [...] (Ind\_60).

Na classe 3, obteve-se um dado interessante de associação das variáveis quantitativas inseridas na análise. Para esse grupo de idosos, ter escolaridade da 8ª série ao Curso Superior completo foi representativo ( $\chi^2=5,34$ ) para o bem-estar dessa classe.

#### 4.4.2 Fazer o que gosta

A classe 2 foi a que obteve menor índice de retenção entre os discursos, ou seja, 16% e 12 UCEs; no entanto, contribui para um melhor entendimento dos aspectos que esses idosos



relatam na representação social que fazem do bem-estar. Nessa classe, foram encontradas, nos discursos, referências que os levam a se sentirem bem por fazerem o que gostam, conforme dados da Tabela 16.

Tabela 16: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 2.

<b>Palavra</b>	<b>Frequência</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Fazer	6	8,04
Gosto	6	16,62
Meu	6	7,00
Ficar	5	4,98
Passear	5	22,00
Sentindo	4	16,33
Conversar	3	7,72
Sair	3	5,61

Fonte: A autora (2012).

Em estudo sobre os fatores associados ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos, Jóia, Ruiz e Donalísio (2007) concluíram que a saúde e a independência foram os principais determinantes da felicidade para os idosos investigados. Nesse caso, ressalta-se a independência em seus aspectos físicos, emocionais e sociais. A independência, em seu aspecto físico, está relacionada à capacidade funcional, e sabe-se que uma das alterações que surgem com o decorrer da idade seria a diminuição dessa capacidade (Laourt, & Marini, 2006). Os aspectos emocionais e sociais relacionados ao decréscimo da capacidade funcional seria a forma como os idosos e o ambiente onde vivem, além da forma como se relacionam entre si mediante essa condição. Cumpre assinalar que esse *deficit* compromete não só a percepção que o indivíduo tem da capacidade que possui em resolver seus problemas, como também pode afetar seu relacionamento com a família, pois é nesta que se recai a responsabilidade. Os seguintes relatos exemplificam a percepção dos idosos pesquisados a respeito do bem-estar:

É a gente estar se sentindo bem num lugar. Se eu fizer uma coisa que não esteja sendo do meu gosto, então não está sendo um bem-estar prá mim. Agora, foi o que eu disse a você, estou começando a minha vida agora (Ind\_66).

Eu acho que bem-estar é poder fazer aquilo que a gente quer. Por exemplo, viajar, passear. Visitar os parentes, amigos (Ind\_37).

Em estudo realizado sobre a eficácia de passeios turísticos como estratégia de prevenção e recuperação da saúde mental de idosos, Esperança, Cerchiari, Martins, Alvarenga

e Canevari (2012) constataram que os passeios organizados para um público específico de idosos é eficiente na melhoria da qualidade de vida deles. No Centro de Convivência, no qual foi desenvolvida essa pesquisa, são realizados passeios periódicos com os idosos e eles relatam gostar bastante e não querer perder nenhum.

#### 4.4.3 Convivência

Em uma última subdivisão realizada, foram encontradas as classes 1 (31 UCEs, 41%) e 4 (18UCEs, 24%), como as classes que melhor definem a representação social, ou que trazem a representação social mais próxima à da realidade. Essas classes possuem uma característica em comum muito expressiva, ou seja, a valorização da convivência. Entretanto, na classe 1, a convivência se apresenta de uma maneira geral, englobando vários grupos e, na classe 4, notou-se que é dado maior relevo ao valor da convivência familiar. Dessa forma, percebe-se, juntamente à investigação sobre qualidade de vida, a importância da convivência.

##### 4.4.3.1 Conviver

A classe 1 foi a classe que melhor identificou a representação social dos idosos entrevistados quanto ao bem-estar. Na análise realizada sobre ela, percebeu-se que os discursos convergem para a importância das relações sociais, da convivência. Nessa classe, a convivência foi associada a todos de um modo geral: amigos, família. A Tabela 17 mostra a distribuição da frequência das palavras significativas da classe 1.

Tabela 17: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 1.

<b>Palavra</b>	<b>Frequência</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Esc_1 <sup>i</sup>	24	4,92
Gente	13	6,30
Vida	13	5,09
Achar	11	7,92
Sentir	11	4,95
Casa	10	8,21
Boa	6	6,27

i Esc\_1: Indivíduos com escolaridade de analfabetos à 8ª série incompleta.

Fonte: A autora (2012).

Para Liberalesso (2002), a avaliação do bem-estar subjetivo depende da qualidade da participação dos idosos em atividades sociais e cotidianas. As relações pessoais também são apontadas como importantes em outros estudos que tratam do bem-estar subjetivo (Werngren-Elgström, Carisson, & Iwarsson, 2009; Litwin, & Shiovitz-Ezra, 2011).

Viver bem. Conviver com as pessoas, ter uma boa convivência com a família, amigos. Eu acho que tenho sim. A família vai crescendo, cada um tem a sua vida. Eu vivo com o meu neto. Não sei o que seria de mim se não fosse ele. A idade chega, a gente vai sentindo um pouco sozinha (Ind\_63).

É viver bem com todos. Vizinhos, filhos, netos. Isso faz com que a gente tenha uma vida boa. Eu acho que eu tenho mais ou menos. Eu sinto a afastamento dos meus filhos (Ind\_78).

É estar em paz com todo mundo. Não ficar brigando com ninguém. Nem ficar caçando má amizade. Acho que sim. Eu, ultimamente, estou vivendo sozinha. Por que aqui no Pró-idoso a gente tem uma porção de colega da ginástica. Acabou a ginástica, cada um vai prá sua casa, ninguém visita ninguém. Hoje em dia, eu acho que as amizades não são como antigamente. As pessoas iam à casa do outro, tomavam um café, fazia uma visita. Acabou isso (Ind\_18).

Na mão contrária à importância das relações sociais, aparece a grande obtenção de relatos referentes ao comportamento de solidão dos idosos. Hoje, como um assunto em voga em algumas pesquisas, a solidão seria um conjunto de três aspectos: “uma experiência subjectiva que pode não estar relacionada com o isolamento objectivo; esta experiência subjectiva é psicologicamente desagradável para o indivíduo; a solidão resulta de alguma forma de relacionamento deficiente” (Neto, 2000, p. 321). Dessa forma, o indivíduo pode sentir-se só e não estar propriamente sozinho. Pinquart e Sörensen (2001) apontam como exemplos de preditores de solidão o estado civil e os laços sociais. Freitas (2011) complementa esse pensamento, afirmando que mulheres mais velhas mostram maiores níveis de solidão; entretanto, percebe-se um movimento cada vez mais aceito pela sociedade, as separações em idosos e/ou após a viuvez, considerar que esses podem construir uma nova história até mesmo arrumando um novo companheiro.

#### 4.4.3.2 Conviver com a família

A classe 4 especifica o que foi relatado na classe 1, para a valorização do convívio familiar, como representação de bem-estar. Com 18 UCEs, 24% das retenções, essa classe reúne uma concepção que foi percebida em muitos discursos. A importância de se conviver bem em família apresenta-se como um grande desafio, pois muitos dizem o quanto é difícil se relacionar bem com tantas pessoas diferentes, as famílias, os filhos, os netos; contudo, quando esse desafio é enfrentado de maneira positiva, expressa-se em felicidade e bem-estar. Ao observar a distribuição da frequência das palavras associadas significativamente, junto aos relatos. Esses aspectos podem ser percebidos por meio dos dados apresentados na Tabela 18.

Tabela 18: Distribuição da frequência de palavras associadas significativamente à classe 4.

<b>Palavras</b>	<b>Frequência</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Deus	7	5,28
Feliz	7	16,22
Ajudar	4	9,21
Amigos	4	4,65
Filho	4	6,51
Moro	3	6,03

Fonte: A autora (2012).

Segundo Pavarini, Tonon e Silva (2006), a família é um sistema dinâmico que tem como papel ajudar a pessoa a desenvolver uma presença afetiva, responsável e livre no mundo. A relação entre convívio familiar e saúde é direta, pois um bom convívio familiar gera uma boa saúde (Cerhan, & Wallace, 1993) e, conseqüentemente, um bem-estar para os indivíduos, conforme se pode observar no seguinte relato:

Meu bem-estar é o que eu tenho com os meus filhos. São maravilhosos. Você não sabe o quanto eu me sinto feliz. O dia mais feliz da minha vida, foi a noite mais feliz que eu tive, quando meu filho se formou. Eu vi meu filho, ele se formou para cinema, mas eu me sinto muito feliz, porque ele é um cineasta. Então, é estar bem com os meus filhos, estar bem com a vida, estar bem com Deus. Prá mim essa é a melhor vida que eu tenho [...] (Ind\_31).

Em relação às variáveis quantitativas inseridas na análise do ALCESTE, o nível de escolaridade influenciou 2 classes. A classe da saúde apresentou como dado significativo o fato de os sujeitos possuírem escolaridade entre a 8ª série e Curso Superior completo; já a

classe de “conviver” apresentou como significativa a associação com os grupos analfabeto à 8ª série incompleta. As demais variáveis não encontraram nenhuma relação significativa por meio do *software*; no entanto, por meio de análises estatísticas, foi possível percebê-las.

A análise realizada pela Escala para Avaliação de Satisfação na Vida referenciada a domínios avalia o quanto o idoso percebe sua saúde, satisfação global e satisfação referenciada a domínios. Dessa forma, os achados encontrados neste estudo são mostrados na Tabela 19.

Tabela 19: Escores obtidos através da aplicação do questionário.

	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Geral	43,93	±4,41	31	48
Saúde percebida	5,49	±1,04	2	6
Satisfação global	5,64	±0,81	2	6
Satisfação referenciada a domínios	32,80	±3,33	24	36

Fonte: A autora (2012).

As médias encontradas na presente pesquisa confirmam os achados de outros estudos que possuem também o objetivo de avaliar o bem-estar subjetivo por meio da utilização dessa escala. Os achados, neste estudo, indicam que os idosos frequentes no Centro de Convivência investigado possuem um bom índice de bem-estar, confirmando os achados de Deps (1993), Petrini (1997) e Yassuda e Silva (2010). Como apontado pela revisão de literatura, apesar de os idosos experienciarem alguns eventos desagradáveis, ou não em suas vidas, eles apresentam um nível bem elevado de satisfação com a vida (Diener, Scollon, & Lucas, 2003).

Na análise realizada através do agrupamento por sexo, na soma do bem-estar geral, a média das mulheres (40,89) foi maior do que a dos homens (34,60), e a análise por domínios também seguiu esse aspecto, mesmo não havendo significância estatística. Para a divisão conforme grupos etários, também não foi encontrada diferença significativa entre os grupos quanto ao seu bem-estar (ver Tabela 20). Nesse dado, percebe-se uma associação presente também nos aspectos de qualidade de vida, tendo-se observado que quanto maior a idade, melhores são as condições de bem-estar e qualidade de vida. Na análise em comparação com o estado civil, também não foram encontradas associações significativas.

Tabela 20: Comparação do escore na Escala para Avaliação de Satisfação na Vida referenciada a domínios por grupo etário.

	<b>60 a 74 anos</b> (Média)	<b>75 a 84 anos</b> (Média)	<b>84 anos e mais</b> (Média)	<b>P</b>
Geral	41,82	35,41	50,86	0,140
Saúde percebida	42,08	37,81	43,00	0,533
Satisfação global	41,34	37,73	45,73	0,354
Satisfação referenciada a domínios	41,18	35,95	51,45	0,148

Fonte: A autora (2012).

A escolaridade e a renda também foram avaliadas em comparação com o nível de bem-estar, sem encontrar valores significativos. Os dados encontrados podem ser consultados na Tabela 21.

Tabela 21: Comparação do escore na Escala para Avaliação de Satisfação na Vida referenciada a domínios por escolaridade e renda.

	<b>Bem-Estar Geral</b> (Média)	<b>Saúde percebida</b> (Média)	<b>Satisfação Global</b> (Média)	<b>Satisfação Referenciada a Domínios</b> (Média)
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	51,13	38,38	49,00	50,75
Primário incompleto/Completo	39,93	40,16	37,16	39,98
Ginasial incompleto	38,75	42,78	40,00	39,69
Ginasial completo/ colegial incompleto	40,10	37,33	40,58	40,90
Colegial completo/ superior incompleto	39,75	44,83	43,00	36,75
Superior completo	42,83	43,67	49,00	40,67
<b>Renda</b>				
1 salário	37,85	38,38	38,79	37,33
2 salários	42,60	43,40	41,22	42,48
3 salários	30,08	31,08	35,83	35,50
4 salários	50,50	44,83	49,00	49,42
5 salários	45,50	50,50	49,00	43,00

Fonte: A autora (2012).

O tempo que os idosos frequentam o Centro de Convivência também foi associado ao nível de bem-estar; no entanto, nenhum dos achados demonstrou significância estatística. Já para o número de atividades que realizam na instituição, foi encontrada uma significância para o bem-estar geral ( $p=0,011$ ) e para a satisfação referente a domínios ( $p=0,012$ ), tendo-se percebido que a associação encontrada foi a seguinte: quanto maior o número de atividades que se realizam no local, maior o bem-estar. Esse dado confirma o que se observou também na análise do bem-estar e qualidade de vida desses indivíduos, ou seja, a participação em Centros de Convivência pode gerar ganhos para os indivíduos no que concerne às duas temáticas.

Na análise se a crença religiosa interfere no nível de bem-estar, constatou-se que, somente para o domínio de satisfação global, há uma associação muito próxima de significativa ( $p=0,058$ ). A opção religiosa que apresentou maior nível de bem-estar é a que reúne os conhecimentos católicos e espíritas.

## CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS

À medida que se percebe o crescente envelhecimento da população, é possível deparar-se com uma realidade repleta de complexidade, o que instiga ainda mais pesquisas. Estudar o envelhecimento humano na atualidade, de um lado, apresenta-se como uma necessidade premente e, de outro, insere o pesquisador em um universo de muitos detalhes que ainda precisam ser investigados.

Ambientes como os Centros de Convivência para Idosos constituem um riquíssimo espaço para estudos acerca do processo de envelhecimento. Em locais como esses, com o amparo de uma instituição para a realização de uma pesquisa, aspecto tão difícil de ser encontrado, o pesquisador tem a oportunidade de desvendar e/ou aprofundar reais condições de convivência e vida desses indivíduos. Este estudo permitiu que o ambiente de uma instituição como um Centro de Convivência para Idosos fosse mais amplamente investigado e que se desvendassem alguns aspectos específicos da população que o frequenta.

A representação social sobre qualidade de vida para os idosos pesquisados engloba os seguintes aspectos: terem liberdade para realizar suas atividades diárias, fazer o que querem, resolver suas próprias questões e manter a convivência com os outros. Essa forma de perceber a qualidade de vida associou-se a uma forma positiva de percebê-la, principalmente se for relacionada aos fatores do meio ambiente e do funcionamento dos sentidos. Para esses indivíduos, a participação no Centro de Convivência se relacionou positivamente, de forma que quanto maior o tempo de frequência nesse local, maior o nível de sua qualidade de vida.

A saúde, na maioria dos discursos, esteve vinculada aos cuidados relativos à doença. Como principais aspectos, foram encontrados o uso correto da medicação, a não necessidade de tomar remédios e o hábito de uma boa alimentação. A autopercepção de saúde apresentou resultados muito positivos, indicando que esses indivíduos a percebem de forma positiva, mesmo na presença de doenças associadas.

O bem-estar apareceu associado à convivência com os outros, tanto familiares quanto grupos diversos. O nível de escolaridade influenciou essa representação, visto que pessoas que possuem o grau de analfabetismo até a 8ª série incompleta associaram mais a convivência com o seu bem-estar. O índice de bem-estar geral encontrado esteve acima da média de muitos estudos, o que confirma a premissa de que a participação em Centros de Convivência pode ser um fator considerado positivo para essa percepção. Esse dado pôde ser ainda



observado na associação significativa entre o número de tarefas desenvolvidas no Centro de Convivência e o escore do bem-estar e o resultado foi o seguinte: quanto maior o número de tarefas realizadas, maior os escores em bem-estar geral e a satisfação referenciada a domínios.

Os três temas – saúde, qualidade de vida e bem-estar – foram escolhidos, por se relacionarem entre si. Esperava-se uma relação interna entre essas temáticas, e este estudo comprovou isso. Na análise sobre as representações sociais das três temáticas, percebeu-se que dois aspectos se apresentaram tanto relacionados à qualidade de vida quanto ao bem-estar: a convivência e o ato de se fazer o que gosta. A saúde aparece como uma representação inserida dentro da representação de bem-estar. Também foram encontradas associações que apontaram para a influência da idade e da participação no Centro de Convivência na forma como esses indivíduos perceberam sua qualidade de vida, saúde e bem-estar.

Para que o envelhecimento de uma população possa ser bem sucedido, é preciso considerar a necessidade de os idosos apresentarem não só um bom nível de qualidade de vida, como também de dois de seus aspectos constitutivos, a saúde e o bem-estar; no entanto, não se pode pensar na qualidade de vida apenas na fase do envelhecimento. Torna-se necessário que essas questões sejam valorizados antes mesmo que se chegue a essa faixa etária. Assim, torna-se necessária a valorização de uma cultura e políticas voltadas para a qualidade de vida dos sujeitos em todos seus aspectos.

Entre as limitações que foram encontradas neste estudo, está o tamanho da amostra, que, por ser relativamente pequena se comparada a estudos populacionais, os achados devem ser relativizados e podem não demonstrar a realidade da população como um todo. Poucos estudos desenvolvem pesquisas que associam dados qualitativos a dados quantitativos e, dessa forma, encontra-se também a limitação para a discussão dos resultados, pois a realidade metodológica dos trabalhos já realizados sobre as temáticas é diversa.

A utilização de uma metodologia que una as análises normalmente realizadas, quantitativas ou qualitativas, requer muito esforço; entretanto, oferece uma boa estratégia para o aprofundamento dos achados. Por meio da inserção nesse campo temático, observou-se a necessidade de outros estudos serem realizados; por isso, são sugeridas investigações mais aprofundadas, que podem oferecer uma amplitude maior de informações sobre os temas.

A realização deste estudo mostrou a dimensão do quão amplo é o campo de investigação da qualidade de vida, saúde e bem-estar de idosos, e sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos em outras realidades. Sobre as temáticas pesquisadas nesta dissertação, foram captadas informações valiosas que aprofundam seu entendimento e contribuem para o campo das pesquisas sobre o envelhecimento humano.

## REFERÊNCIAS

- Abrahão, E.S. (2008, Janeiro/Junho). O desvelar da velhice: as contribuições da psicanálise na busca de sentidos para a experiência do envelhecer. *Revista SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo* –, 9(1), 57-65. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v9n1/v9n1a08.pdf>
- Abric, J.C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In A.S.P., Moreira, D.C., Oliveira. *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- Abric, J.C. (2001). O estudo experimental das representações sociais. In D. Jodelet (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Adami, S., Maugeri, D., Toscano, V., Topa, G., Carminiti, M., Brancati, A., et al. (2011, May/June). Baseline characteristics of the population enrolled in the Italian Observational Study on Severe Osteoporosis (ISSO). *Clinical and Experimental Rheumatology*, 29(3), 477-484. Recuperado em 15 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21640043>
- Adkins, G., Martin, P., & Poon, L. W. (1996). Personality traits and states as predictors of subjective well-being in centenarians, octogenarians and sexagenarians. *Psychology and Aging*, 12, 408-416. Recuperado em 30 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8893310>
- Agree, E.M., & Freedman, V.A. (2011, December). A Quality-of-Life Scale for Assistive Technology: Results of a Pilot Study of Aging and Technology. *Physical Therapy*, 91(12), 1780-1788. Recuperado em 15 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22003159>
- Aguiar, E.S.S, Gomes, I.P., Fernandes, M.G.M., & Silva, A.O. (2011, Julho/Setembro). Representações sociais do cuidar de idosos para cuidadores: revisão integrativa. *Revista Enfermagem*, 19(3), 485-490. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a25.pdf>
- Ailshire, J.A., & Crimmins, E.M. (2011). Psychosocial Factors Associated with Longevity in the United States: Age Differences between the Old and Oldest-Old in the Health and Retirement Study. *Journal of Aging Research*, 2011, 530-534. Recuperado em 15 outubro, 2011, de <http://ukpmc.ac.uk/articles/PMC3199053//reload=0;jsessionid=X6658zvJuOGOP7w5ldG8.143>
- Albuquerque, S.M.R.L. (2005). *Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado em 23 dezembro, 2011, de <http://www.teses.usp.br/teses/.../sandramarciaribeirrolinsalbuquerque.pdf>
- Alencar, N.A., Souza Júnior, J.V., Aragão, J.C.B., Ferreira, M.A., & Dantas, E. (2010, julho/setembro). Nível de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida em idosas ativas e sedentárias. *Fisioterapia em Movimento*, 23(3), 473-481. Recuperado em 15 outubro, 2011, de <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=3688&dd99=view>
- Alexandre, T.S., Cordeiro, R.C., & Ramos, L.R. (2008). Fatores associados à qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelho. *Fisioterapia e Pesquisa*, 15(4), 326-332.

Recuperado em 12 novembro, 2011, de <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/fpusp/v15n4/02.pdf>

Almeida, D. T.; Leitão, G. C. M.; Silva, L. F. (2000). Qualidade de vida e percepção do envelhecimento sob a ótica do idoso. *Revista RECCS –Revista do Centro de Saúde da Universidade de Fortaleza - UNIFOR*, 12, 27-33. Recuperado em: 20 Novembro, 2012, de <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/1991/1989>

Álvaro, J.L., & Garrido, A. (Orgs.) (2006). *Psicologia social*. São Paulo, SP: McGraw-Hill.

Alves, L.C., & Rodrigues, R.N. (2005). Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5/6), 333-341. Recuperado em 12 novembro, 2011, de <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26270.pdf>

Alves, L.C., Leimann, B.C.Q., Vasconcelos, M.E.L., Carvalho, M.S., Vasconcelos, A.G.G., Fonseca, T.C.O., et al. (2007, Agosto). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1924-1930. Recuperado em 12 novembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/19.pdf>

Ávila, A. H., Guerra, M., & Meneses, M. P. R. (2007). Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da autoimagem na velhice. *Pensamento Psicológico*, 3 (8), 7-18. Recuperado em 12 novembro, 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/801/80130802/80130802.html>

American College of Sports Medicine (ACSM) (1998). Exercise and Physical Activity for Older Adults: Position Stand. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 6, 992-1008. Recuperado em 12 novembro, 2011, de [http://journals.lww.com/acsm-msse/Abstract/1998/06000/ACSM\\_Position\\_Stand\\_\\_Exercise\\_and\\_Physical.33.aspx](http://journals.lww.com/acsm-msse/Abstract/1998/06000/ACSM_Position_Stand__Exercise_and_Physical.33.aspx)

Andrade, O.G. (1996). *Cuidado ao idoso com sequelas de acidente vascular cerebral: representações do cuidador familiar*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado em 10 agosto, 2012, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=577964&indexSearch=ID>

Andrade, O.G. (2003). Representações sociais de saúde e de doença na velhice. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 25(2), 207-213. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/2235/1461>

Antonovsky A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. In J. Matarazzo (Ed.), *Behavioural health: a handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 114-29). New York: John Wiley and Sons.

Anuário Estatístico de Juiz de Fora. *Descrição dos centros regionais* (2009). Recuperado em 5 fevereiro, 2012, de [http://www.pjf.mg.gov.br/cidade/anuario\\_2009/basededados/PDF/1%20Hist.%20e%20Geografia/1%201%20Caracteristicas%20Geograficas/Q%201.2.pdf](http://www.pjf.mg.gov.br/cidade/anuario_2009/basededados/PDF/1%20Hist.%20e%20Geografia/1%201%20Caracteristicas%20Geograficas/Q%201.2.pdf)

Araújo, L.F., Coutinho, M.P.L., & Saldanha, A.A.W. (2005, Maio/Agosto). Análise comparativa das representações sociais da velhice entre idosos de instituições geriátricas e grupos de convivência. *Psico.*, 36(2), 197-204. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://psico/revistapsico/volume36/P36-2p197-204.pdf>

Araújo, L.F., Coutinho, M.P.L., & Santos, M.F.S., (2006, Maio/Agosto). O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*; 18(2), 89-98. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n2/11>

Aranha, C.V. (2003). *A Representação Social do envelhecimento e os determinantes afetivo-emocionais: semelhanças e conflitos entre idosos e não idosos usuários do Hospital das Clínicas da FMUSP*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de

<http://www.unati.uerj.br/crde/teses/catalogo.htm>

Arruda, Â. (2009, Setembro/Dezembro). Teoria das Representações Sociais e Ciências Sociais: trânsito e atravessamentos. *Sociedade e Estado*, 24 (3), 739-766.

Assis, M.H., Araújo, Z.M., Pacheco, L.C., & Valla, V.V. (2009, abril/junho). Avaliação do projeto de promoção da saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso: um estudo exploratório. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 13(29), 367-82. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n29/v13n29a10.pdf>

Ayres, J.R.C.M (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16-29. Recuperado em 15 novembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>

Bajotto, A. P.; Goldim, J. R. (2011). Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 14(4), 753-761. Recuperado em: 20 Novembro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n4/a14v14n4.pdf>

Barca, M.L., Engedal, K., Laks, J., & Selbæk, G. (2011). Quality of life among elderly patients with dementia in institutions. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 31(6), 435-442. Recuperado em 15 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21757909>

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bakhtin, M. (1986). *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec.

Baltes, P.B, & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization and compensation. In P.B Baltes & M. Baltes (Orgs.). *Successful aging: perspective from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University.

Batistoni, S.S.T., Neri, A.L., & Cupertino, A.P.F.B. (2007). Validade da escala de depressão do *Center for Epidemiological Studies* entre idosos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 598-605. Recuperado em 12 novembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5833.pdf>

Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Benedetti, T. R. B., Mazo, G. Z., Borges, L. J. (2012). Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2087-2093. Recuperado em: 20 Novembro, 2012, de <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n8/19.pdf>

Benito-León, J., Mitchell, A.J., Vega, S., & Bermejo-Pareja, F. (2010). A population-based study of cognitive function in older people with subjective memory complaints. *Journal of Alzheimer's Disease*, 22(1), 159-170. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://iospress.metapress.com/content/3j26rpj93x042107/>

Besnier, F., Laruelle, E., Genestier, S., Gié, S., Vigneau, C., & Carré, F. (2011, November 17). Effects of exercise training on ergocycle during hemodialysis in patients with end stage renal disease: Relevance of the anaerobic threshold intensity. *Néphrologie & Thérapeutique*. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Effects%20of%20exercise%20training%20on%20ergocycle%20during%20hemodialysis%20in%20patients%20with%20end%20stage%20renal%20disease%3A%20Relevance%20of%20the%20anaerobic%20threshold%20intensity>

Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Yaretzky, A. (2011, October). Sheltered housing or community dwelling: quality of life and ageism among elderly people. *International Psychogeriatrics*, 23(8), 1197-1204. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8364246>

Borini, M.L.O., & Cintra, F.A. (2002, Setembro/Outubro). Representações sociais da participação em atividades de lazer em grupos da Terceira Idade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(5), 568-574. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=347991&indexSearch=ID>

Boumans, J., & Deeg, D.J. (2011, September). Changes in the quality of life of older people living at home: does type of care play a role? *Tijdschr. Gerontol. Geriatr. Journal*, 42(4), 170-183. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Changes%20in%20the%20quality%20of%20life%20of%20older%20people%20living%20at%20home%3A%20does%20type%20of%20care%20play%20a%20role%3F%20>

Braga, M.C.P., Casella, M.A., Campos, M.L.N., & Paiva, S.P. (2011, janeiro/março) Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-Bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Revista APS*, 14(1), 93-100. Recuperado em 15 outubro, 2011, de <http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/view/965/450>

Brasil (1990). Lei Orgânica da Saúde no Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 15 novembro, 2011, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis.htm)

Brasil (1994). Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Recuperado em 15 novembro, 2011, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm)

Brasil (1996). Decreto nº. 1948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº. 8842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília. Recuperado em 31 agosto, 2011, de <http://www6.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/tempo/velhice-decreto-1948.html>.

Brasil (1999, 13 de dezembro). Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº. 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá

outras providências (pp. 20-24). Brasília. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 237-E. Seção 1.

Brasil (2003). Lei nº. 10.741/2003 (Lei ordinária) de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. Recuperado em 31 agosto, 2011, de <http://www.planalto.gov.br/ccivil-03/leis/2003/L10.741.htm>

Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brêtas, A.C.P., & Oliveira, E.M. (2000). Envelhecimento, saúde e trabalho: um estudo com aposentados e aposentadas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 13(1), 66-79. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://www.unifesp.br/denf/acta/sum.php?volume=13&numero=1&item=res7.htm>

Brigeiro, M.M.C. (2000). *Rir ou chorar? Envelhecimento, sexualidade e sociabilidade masculina*. Dissertação de Mestrado, IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de [http://www.bdtd.uerj.br/tde\\_busca/processaPesquisa.php?listaDetalhes%5B%5D=1230&processar=Processar](http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/processaPesquisa.php?listaDetalhes%5B%5D=1230&processar=Processar)

Brito, F. (2008, janeiro/junho). Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 25(1), 5-26. Recuperado em 31 agosto, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a02.pdf>

Brown, J., Bowling A., & Flynn T. (2004). Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of literature. *European Forum on Population Ageing Research*, 59(3), 512-8. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://discovery.ucl.ac.uk/1643/>

Caban-Martinez, A.J., Lee, D.J., Fleming, L.E., Tancredi, D.J., Arheart, K.L., LeBlanc, W.G., et al. (2011, September). Arthritis, occupational class, and the aging US workforce. *American Journal of Public Health*. 101(9), 1729-1734. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Arthritis%2C%20occupational%20class%2C%20and%20the%20aging%20US%20workforce>

Cardoso, M.C.S., & Ferreira, M.C. (2009). Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 29 (2), 380-393. Recuperado em 22 novembro, 2011, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932009000200013&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932009000200013&script=sci_arttext)

Camargo, B.V. (2005). Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira, A.S.P., Camargo, B.V., Jesuino, J.C., Nóbrega, S.M. (Orgs.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. Editora Universitária UFPB, João Pessoa. (pp. 511-539)

Carvalho Filho, E.T., & Papaléo Netto, M. (2006). *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica* (2. ed.). São Paulo: Atheneu.

Ceará, A.T., & Dalgalarrodo, P. (2010) Transtornos mentais, qualidade de vida e identidade em homossexuais na maturidade e velhice. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(3), 118-123. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n3/v37n3a05.pdf>

Celich, K.L.S., Creutzberg, M., Goldim, J.R., & Gomes, I. (2010, abril/junho). Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de

Terceira Idade. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 14(2), 226-232. Recuperado em 20 outubro, 2011, de [http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/.../files\\_4cbd7dcfe085a.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/.../files_4cbd7dcfe085a.pdf)

Cerhan, J. R., Wallace, R. B. (1993). Predictors of decline in social relationships in the rural elderly. *American Journal of Epidemiology*, 137, 870-880. Recuperado em: 21 Novembro, 2012, de [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8484378](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8484378)

Chachamovich, E. (2006). *Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-Bref em uma amostra de idosos brasileiros*. Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Recuperado em 20 julho, 2011, de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/5779>

Chachamovich, E., Trentini, C.M., & Fleck, M.P.A. (2006). Assessment of the psychometrical performance of the WHOQOL-Bref instrument in a sample of Brazilian older adults. *International Psychogeriatrics*, 27, 1-12. Recuperado em 20 julho, 2011, de <http://www.mendeley.com/research/assessment-psychometric-performance-whoqolbref-instrument-sample-brazilian-older-adults/>

Chachamovich, E., Trentini, C., & Fleck, M.P.A. (2007). Qualidade de vida em idosos. In A.L. Neri (Ed.), *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (pp. 61-81). Campinas, SP: Alínea.

Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., & Power, M. (2008, October). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *Gerontologist*, 48(5), 593-602. Recuperado em 20 julho, 2011, de <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/48/5/593.short>

Chaimowicz, F.A. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Saúde Pública*, 31(2), 184-200. Recuperado em 15 novembro, 2011, de <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n2/2170.pdf>

Chaudieu, I., Norton, J., Ritchie, K., Birmes, P., Vaiva, G., & Ancelin, M.L. (2011, July). Late-life health consequences of exposure to trauma in a general elderly population: the mediating role of reexperiencing posttraumatic symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(7), 929-935. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21824455>

Chen, W.J., Chen, C.C., Ho, C.K., Chou, F.H., Lee, M.B., Lung, F., et al. (2011a, June). The relationships between quality of life, psychiatric illness, and suicidal ideation in geriatric veterans living in a veterans' home: a structural equation modeling approach. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(6), 597-601. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=The%20relationships%20between%20quality%20of%20life%2C%20psychiatric%20illness%2C%20and%20suicidal%20ideation%20in%20geriatric%20veterans%20living%20in%20a%20veterans'%20home%3A%20a%20structural%20equation%20modeling%20approach.%20>

Chen, Y.L., Lai, C.S., Chen, W.T., Hsu, W.Y., Wu, Y.C., Wang, P.W., et al. (2011b, December). Risk factors for PTSD after Typhoon Morakot among elderly people in Taiwanese aboriginal communities. *International Psychogeriatric*, 23(10), 1686-1691. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Risk%20factors%20for%20PTSD%20after%20T>

yphoon%20Morakot%20among%20elderly%20people%20in%20Taiwanese%20aboriginal%20communities.

Christian, L.M., Glaser, R., Porter, K., Malarkey, W.B., Beversdorf, D., & Kiecolt-Glaser, J.K. (2011, November). Poorer self-rated health is associated with elevated inflammatory markers among older adults. *Psychoneuroendocrinology*, 36(10), 1495-1504. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Poorer%20self-rated%20health%20is%20associated%20with%20elevated%20inflammatory%20markers%20among%20older%20adults>

Clarke, P. (2003). Towards a greater understanding of the experience of stroke: integrating quantitative and qualitative methods. *Journal of Aging studies*, 17, 171-187. Recuperado em 29 julho, 2011, de <http://www.esse.ualg.pt/gerontologia/Journal%20of%20Aging%20Studies/Clarke%202003.pdf>

Clegg, A., Barber, S., Young, J., Forster, A., & Iliffe, S. (2011, June). The Home-Based Older People's Exercise (HOPE) trial: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 8(12), 143, 1-8. Recuperado em 20 outubro, 2011, de [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=The%20Home-Based%20Older%20People's%20Exercise%20\(HOPE\)%20trial%3A%20study%20protocol%20for%20a%20randomised%20controlled%20trial](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=The%20Home-Based%20Older%20People's%20Exercise%20(HOPE)%20trial%3A%20study%20protocol%20for%20a%20randomised%20controlled%20trial)

Comerlato, E.M.B., Guimarães, I., & Alves, E.D. (2007). Tempo de plantar e tempo de colher: as representações sociais de profissionais de saúde e idosos sobre o processo de envelhecimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(3), 736-747. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a13.htm>.

Condé, S.A.L., Fernandes, N., Santos, F.R., Chouab, A., Mota, M.M.E.P., & Bastos, M.G. (2010, julho/setembro). Declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes de diferentes estágios da doença renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 32(3), 242-248. Recuperado em 20 outubro, 2011, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002010000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000300004)

Costa, E.F.A., Porto, C.C., Almeida, J.C., Cipullo, J.P., & Martin, J.F.V. (2001). Semiologia do idoso. In C.C. Porto, *Semiologia médica* (4ª. ed., pp. 165-197). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Costa, M.S., Silva, M.J. da, Alves, M.D.S., Silva, W.P.P. da, & Leite, M.K.L. (2007, October/December). Social representations of old people in hemodialysis: A Case study in the northeast of Brazil. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(4), 1-7. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v23n4/enf080407.pdf>

Cott, C.A., Gignac, M.A., & Badley, E.M. (1999). Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53, 731-736. Recuperado em 12 dezembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1756802/>

Crane-Okada, R., Kiger, H., Anderson, N.L., Carroll-Johnson, R.M., Sugerman, F., Shapiro, S.L., et al. (2011, September 2). Participant Perceptions of a Mindful Movement Program for Older Women With Breast Cancer: Focus Group Results. *Cancer Nursing*. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Participant%20Perceptions%20of%20a%20Mind>



ful%20Movement%20Program%20for%20Older%20Women%20With%20Breast%20Cancer%203A%20Focus%20Group%20Results

Cunha, M.F., Lazzareschi, L., Gantus, M.C., Suman, M.R., Silva, A., Parizi, C.C., et al. (2009, julho/setembro). A influência da fisioterapia na prevenção de quedas em idosos na comunidade: estudo comparativo. *Motriz Revista de Educação Física (Impr.)*, 15(3), 527-536. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/motriz/article/view/2470/2429>

Cupertino, A.P.F.B., Rosa, F.H.M., & Ribeiro, P.C.C. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 81-86. Recuperado em 15 dezembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n1/a11v20n1.pdf>

De Baat, C. (2011, April). Quality of life in gerodontology. *Ned Tijdschr Tandheelkd*, 118(4), 215-217. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21585077>

De Lange, F.P., Koers, A., Kalkman, J.S., Bleijenbergh, G., Hagoort, P., Van der Meer, J.W.M., et al. (2008). Increase in prefrontal cortical volume following cognitive behavioural therapy in patients with chronic fatigue syndrome. *Brain*, 131, 2172-2180. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Increase%20in%20prefrontal%20cortical%20volume%20following%20cognitive%20behavioural%20therapy%20in%20patients%20with%20chronic%20fatigue%20syndrome>

Debert, G. G. (1998, 2003). A Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In M. M. L. Barros, *Velhice ou Terceira Idade?* (3ª. ed.). Rio de Janeiro: FGV.

Debert, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice*. São Paulo, SP: FAPESP.

Debert, G. G. (2000). O significado da velhice na sociedade brasileira. *Acta Paulista Enfermagem*, 12(número especial, parte 1), 147-158. Recuperado em: 20 Novembro, 2012, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200024)

Deps, V. L. (1993). Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida e idade madura* (pp.57-82). Campinas: Papyrus.

Der-Martirosian, C., Kritz-Silverstein, D., & Barrett-Connor, E. (2010, November). Five-year stability in associations of health-related quality of life measures in community-dwelling older adults: the Rancho Bernardo Study. *Quality of Life Research*, 19(9), 1333-1341. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Five-year%20stability%20in%20associations%20of%20health-related%20quality%20of%20life%20measures%20in%20community-dwelling%20older%20adults%203A%20the%20Rancho%20Bernardo%20Study>

Deslandes, S.F., Gomes, R., & Minayo, M.C.S. (2011). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (30ª. ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Dias, R.C., Freire, M.T., Santos, E.G., Vieira, R.A., Dias, J.M. & Perracini, M.R. (2011, October). Characteristics associated with activity restriction induced by fear of falling in community-dwelling elderly. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(5), 406-413. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=FCharacteristics%20associated%20with%20activ>

ity%20restriction%20induced%20by%20fear%20of%20falling%20in%20community-dwelling%20elderly

Diener, E. (1996). Traits can be powerful, but are not enough: lessons from subjective well-being. *Journal of Research in Personality*, 30(27), 389-399. Recuperado em 18 novembro, 2011, de <http://www.sciencedirect.com/.../S0092656696900276>

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302. Recuperado em 18 novembro, 2011, de [http://dipeco.economia.unimib.it/persona/stanca/ec/diener\\_suh\\_lucas\\_smith.pdf](http://dipeco.economia.unimib.it/persona/stanca/ec/diener_suh_lucas_smith.pdf)

Diener, E., Scollon, C.N., & Lucas, R.E. (2003). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219. Recuperado em 18 novembro, 2011, de [http://www1.eur.nl/fsw/happiness/hap\\_bib/pubs\\_all.htm](http://www1.eur.nl/fsw/happiness/hap_bib/pubs_all.htm)

Doney, R.M., & Packer, T.L. (2008, March). Measuring changes in activity participation of older Australians: validation of the Activity Card Sort-Australia. *Australasian Journal on Ageing*, 27(1), 33-37. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Measuring%20changes%20in%20activity%20participation%20of%20older%20Australians%3A%20validation%20of%20the%20Activity%20Card%20Sort-Australia>

Dragomirecka E., Bartonova J., Eisemann M., Kalfoss M., Kilian R., Martiny K, et al. (2008, May). Demographic and psychosocial correlates of quality of life in the elderly from a cross-cultural perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 193-204. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Demographic%20and%20psychosocial%20correlates%20of%20quality%20of%20life%20in%20the%20elderly%20from%20a%20cross-cultural%20perspective>

Duffy, M.E. (1987). Methodological triangulation: a vehicle for merging quantitative and qualitative research methods. *Journal of Nursing Scholarship*, 19(3), 130-133. Recuperado de 17 dezembro, 2011, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.1987.tb00609.x>

Edelman, E.J., Gordon, K., & Justice, A.C. (2011, May). Patient and provider-reported symptoms in the post-cART era. *AIDS and Behavior*, 15(4), 853-861. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Patient%20and%20provider-reported%20symptoms%20in%20the%20post-cART%20era>.

Ekström, H., Dahlin-Ivanoff, S., & Elmstahl, S. (2011, December). Effects of Walking Speed and Results of Timed Get-Up-and-Go Tests on Quality of Life and Social Participation in Elderly Individuals With a History of Osteoporosis-Related Fractures. *Journal of Aging and Health*, 23(8), 1379-1399. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Effects%20of%20Walking%20Speed%20and%20Results%20of%20Timed%20Get-Up-and-Go%20Tests%20on%20Quality%20of%20Life%20and%20Social%20Participation%20in%20Elderly%20Individuals%20With%20a%20History%20of%20Osteoporosis-Related%20Fractures.%20>

Enkvist, A., Ekstrom, H., & Elmstahl, S. (2012, January). Life satisfaction (LS) and symptoms among the oldest-old: Results from the longitudinal population study called Good

Aging in Skane (Gis and S). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 146-150. Recuperado em 20 outubro, 2011, de [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Life%20satisfaction%20\(LS\)%20and%20symptoms%20among%20the%20oldest-old%3A%20Results%20from%20the%20longitudinal%20population%20study%20called%20Good%20Aging%20in%20Skane](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Life%20satisfaction%20(LS)%20and%20symptoms%20among%20the%20oldest-old%3A%20Results%20from%20the%20longitudinal%20population%20study%20called%20Good%20Aging%20in%20Skane)

Esperança, R.L.D., Cerchiari, E.A.N., Martins, P.C.S., Alvarenga, M.R.M., & Canevari, S.C. (2012, mai-ago). Passeios turísticos como estratégia de prevenção e recuperação da saúde mental em idosos. *Revista Turismo Visão e Ação – Eletrônica*, 14(2), 184–195. Recuperado em: 21 Novembro, 2012, de <http://www6.univali.br/seer/index.php/rtva/article/view/2455>

Ezequiel, M.C.D.G., & Sonzogo, M.C. (2006). O idoso e a velhice sob a ótica de estudantes de Medicina: um estudo de representações sociais. *Psicologia da Educação (online)*, 23, 123-153. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n23/v23a07.pdf>

Faden, R., & German, P.S. (1994). Quality of life: considerations in geriatrics. *Clinics in Geriatric Medicine*, 10, 541-551. Recuperado em 17 dezembro, 2011, de <http://www.mendeley.com/research/quality-life-considerations-geriatrics/>

Faria, C.D., Teixeira-Salmela, L.F., Nascimento, V.B., Costa, A.P., Brito, N.D., & Rodrigues-De-Paula, F. (2011, September/October). Comparisons between the Nottingham Health Profile and the Short Form-36 for assessing the quality of life of community-dwelling elderly. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(5), 399-405. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Comparisons%20between%20the%20Nottingham%20Health%20Profile%20and%20the%20Short%20Form-36%20for%20assessing%20the%20quality%20of%20life%20of%20community-dwelling%20elderly>

Farr, R.M. (2004). *As raízes da psicologia social moderna*. Petrópolis: Vozes.

Faubel, R., Lopez-Garcia, E., Guallar-Castillon, P., Balboa-Castillo, T., Gutierrez-Fisac, J.L., Banegas, J.R., et al. (2009, August). Sleep duration and health-related quality of life among older adults: a population-based cohort in Spain. *Sleep*, 32(8), 1059-1068. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sleep%20duration%20and%20health-related%20quality%20of%20life%20among%20older%20adults%3A%20a%20population-based%20cohort%20in%20Spain>

Fernandes, M.G.M., Silva, A.O., Loureiro, L.S.N., & Medeiros, A.C.T. (2011, julho/setembro). Indicadores e condições associadas ao envelhecimento bem-sucedido: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enfermagem*, 16(3), 543-548. Recuperado em 15 dezembro, 2011, de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/24291>

Fernandez-Mayoralas, G., Giraldez-Garcia, C., Forjaz, M.J., Rojo-Perez, F., Martinez-Martin, P., & Prieto-Flores, M.E. (2011, November). Design, measures and sample characteristics of the CadeViMa-Spain survey on quality of life in community-dwelling older adults. *International Psychogeriatric*, 8, 1-14. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Design%2C%20measures%20and%20sample%20characteristics%20of%20the%20CadeViMa-Spain%20survey%20on%20quality%20of%20life%20in%20community-dwelling%20older%20adults.%20>

Ferreira, J.M., Cunha, N.C.V., & Menut, A.Z.C. (2010, janeiro/abril). Qualidade de vida na Terceira Idade: um Estudo de Caso do SESC Alagoas. *Revista Gestão*, 8(1), 118-135. Recuperado em 15 dezembro, 2011, de <http://www.ufpe.br/gestaoorg/index.php/gestao/article/view/23>

Ferreira, O.G.L., Maciel, S.C., Silva, A.O., Sá, R.C.N., & Moreira, M.A.S.P. (2010). Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico*, 15(3), 357-364. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a09.pdf>

Ferreira, O.G.L., Maciel, S.C., Silva, A.O., Santos, W.S., & Moreira, M.A.S.P. (2010, dezembro). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 1065-1069. Recuperado em 15 dezembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/30.pdf>

Ferretti, F., Nierotka, R. P, Silva, M. R. (2011, abr./jun). Concepção de saúde segundo relato de idosos residentes em ambiente urbano. *Interface, comunicação, saúde educação*, 15(37), p.565-72. Recuperado em: 20 Novembro, 2012, de [www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop1211.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop1211.pdf)

Fleck, M.P.A., Leal, O.F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28. Recuperado em 16 dezembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>

Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., et al. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-Bref. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183. Recuperado em 16 dezembro, 2011, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000200012&script=sci_arttext)

Fleck, M.P.A., Chachamovich, E., & Trentini, C. (2003). Projeto WHOQOL-Old: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 793-799. Recuperado em 16 dezembro, 2011, de <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n6/18024.pdf>

Fleck, M.P.A., Chachamovich, E., & Trentini, C. (2006). Desenvolvimento e validação da versão em português do módulo WHOQOL-Old. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 785-791. Recuperado em 16 dezembro, 2011, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000600007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000600007)

Fontelles, M.J., Simões, M.G., Farias, S.H., & Fontelles, R.G.S. (2009, julho/setembro). Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista Paraense de Medicina*, 23(3), 1-8. Recuperado em 13 agosto, 2011, de <http://www.files.bvs.br/upload/s/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>

Formiga, F., Ferrer, A., Megido, M.J., Chivite, D., Badia, T., & Pujol, R. (2011, June 8). Low co-morbidity, low levels of malnutrition, and low risk of falls in a community-dwelling sample of 85-year-olds are associated with successful aging: the Octabaix study. *Rejuvenation Research*, 14(3), 309-314. Recuperado em 20 outubro, 2011, de [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=\).%20Low%20co-morbidity%2C%20low%20levels%20of%20malnutrition%2C%20and%20low%20risk%20of%20falls%20in%20a%20community-dwelling%20sample%20of%2085-year-olds%20are%20associated%20with%20successful%20aging%3A%20the%20Octabaix%20study.%20](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=).%20Low%20co-morbidity%2C%20low%20levels%20of%20malnutrition%2C%20and%20low%20risk%20of%20falls%20in%20a%20community-dwelling%20sample%20of%2085-year-olds%20are%20associated%20with%20successful%20aging%3A%20the%20Octabaix%20study.%20)

Freitas, E.V., Py, L., Cançado, F.A.X., Doll, J., & Gorzoni, M.L. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Freitas, P. C. B. (2011). *Solidão em Idosos. Percepção em Função da Rede Social*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada, Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, Faculdade de Ciências Sociais. Recuperado em: 21 Novembro, 2012, de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8364/1/SOLID%20EM%20IDOSOS.pdf>

Friedman, H.S., Kern, M.L., & Reynolds, C.A. (2010, February). Personality and health, subjective well-being, and longevity. *Journal of Personality*, 78(1), 179-216. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20433617>

Fritzell, P., Ohlin, A., & Borgström, F. (2011, December). Cost-Effectiveness of Balloon Kyphoplasty (BKP) vs. Standard Medical Treatment in Patients with Osteoporotic Vertebral Compression Fracture – a Swedish Multicenter RCT with Two Year FU. *Spine (Phila Pa 1976)*, 36(26), 2243-2251. Recuperado em 20 outubro, 2011, de [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Cost-Effectiveness%20of%20Balloon%20Kyphoplasty%20\(BKP\)%20vs.%20Standard%20Medical%20Treatment%20in%20Patients%20with%20Osteoporotic%20Vertebral%20Compression%20Fracture%20%E2%80%93%20a%20Swedish%20Multicenter%20RCT%20with%20Two%20Year%20FU](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Cost-Effectiveness%20of%20Balloon%20Kyphoplasty%20(BKP)%20vs.%20Standard%20Medical%20Treatment%20in%20Patients%20with%20Osteoporotic%20Vertebral%20Compression%20Fracture%20%E2%80%93%20a%20Swedish%20Multicenter%20RCT%20with%20Two%20Year%20FU)

Fujita, F., & Diener, E. (2005). Life satisfaction set point: stability and change. *Journal of Personality and Psychology*, 88(1), 158-164. Recuperado 18 dezembro, 2011, de <http://academic.udayton.edu/jackbauer/Readings%20595/Fujita%2005%20happy%20set%20point%20copy.pdf>

Gagliardi, C., Marcellini, F., Papa, R., Giuli, C., & Mollenkopf, H. (2010, January/February). Associations of personal and mobility resources with subjective well-being among older adults in Italy and Germany. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(1), 42-47. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Associations%20of%20personal%20and%20mobility%20resources%20with%20subjective%20well-being%20among%20older%20adults%20in%20Italy%20and%20Germany.%20>

Gampel, D., Karsch, U.M., & Ferreira, L.P. (2010, setembro). Percepção de voz e qualidade de vida em idosos professores e não professores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2907-2916. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Percep%C3%A7%C3%A3o%20de%20voz%20e%20qualidade%20de%20vida%20em%20idosos%20professores%20e%20n%C3%A3o%20professores>

Gandolpho, M.A. (2002). *O cuidar do idoso hospitalizado: representações dos profissionais de enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Recuperado em 10 agosto, 2012, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=312851&indexSearch=ID>

Garrido-Abejar, M., Serrano-Parra, M.D., Bartolomé-Gutiérrez, R., & Martínez-Vizcaino, V. (2011, December). Factors associated with health-related quality of life in the institutionalised

elderly: differences between men and women. *Enfermería Clínica*, 22(1), 27-34. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22154547>

George, L.K. (2010, May). Still happy after all these years: research frontiers on subjective well-being in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(3), 331-339. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Still%20happy%20after%20all%20these%20years%3A%20research%20frontiers%20on%20subjective%20well-being%20in%20later%20life.%20>

Glaesmer, H., Kaiser, M., Braehler, E., Freyberger, H.J., & Kuwert, P. (2011, December 8). Posttraumatic stress disorder and its comorbidity with depression and somatisation in the elderly - A German community-based study. *Aging & Mental Health*. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Posttraumatic%20stress%20disorder%20and%20its%20comorbidity%20with%20depression%20and%20somatisation%20in%20the%20elderly%20-%20A%20German%20community-based%20study.%20>

Gobbens, R.J., Van Assen, M.A., Luijckx, K.G., & Schols, J.M. (2011, December 7). Testing an integral conceptual model of frailty. *Journal of Advanced Nursing*. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%20Testing%20an%20integral%20conceptual%20model%20of%20frailty>

González, D.D., Vea, H.D.B., Álvarez, E.T., & Pérez, V.R. (2009, Abril/Junio). Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(2), 1-15. Recuperado em 20 outubro, 2011, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000200002&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000200002&script=sci_arttext&tlng=es)

González, N.M. (1993). Symposium de calidad de vida: generalidades, mediciones utilizadas en medicina, elementos que la componen. *Archives Rheumatology*, 4(1), 40-2.

Guedea, M.T.D., Albuquerque, F.J.B., Tróccoli, B.T., Noriega, J.A.V., Seabra, M.A.B., & Guedea, R.L.D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 301-308. Recuperado em 18 dezembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n2/a17v19n2.pdf>

Guerra, A.C., & Caldas, C.P. (2010/September). Difficulties and rewards on aging the elderly's self perception. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 15(6), 2931-2940. Recuperado em 10 agosto, 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Difficulties%20and%20rewards%20on%20aging%20the%20elderly%E2%80%99s%20self%20perception.>

Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? (Série Ed.) *Textos de Psicologia Ambiental*, Vol. 7. Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental. Recuperado em 10 janeiro, 2012, de <http://www.psi-ambiental.net/pdf/07QualQuant.pdf>

Gureje, O., Kola, L., Afolabi, E., & Olley, B.O. (2008, September). Determinants of quality of life of elderly Nigerians: results from the Ibadan study of ageing. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, 37(3), 239-247. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Determinants%20of%20quality%20of%20life%2>

Oof%20elderly%20Nigerians%3A%20results%20from%20the%20Ibadan%20study%20of%20Oageing

Hack, O., & Gomes, L. (2008, Dezembro). O velho na Música Popular Brasileira. *Revista Kairós*, 11(2), 235-248. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de [revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/2402/1495](http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/2402/1495)

Haikal, D.S., Paula, A.M.B., Martins, A.M.E.B.L., Moreira, A.N., & Ferreira, E.F. (2011, julho). Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3317-3329. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Autopercep%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde%20bucal%20e%20impacto%20na%20qualidade%20de%20vida%20do%20idoso%3A%20uma%20abordagem%20quanti-qualitativa>.

Hall, N.C., Chipperfield, J. G., Heckhausen, J., et al. (2010, June). Control striving in older adults with serious health problems: A 9-year longitudinal study of survival, health, and well-being. *Psychology and Aging*, 25(2), 432-445. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Control%20striving%20in%20older%20adults%20with%20serious%20health%20problems%3A%20A%209-year%20longitudinal%20study%20of%20survival%2C%20health%2C%20and%20well-being.%20>

Hall, S., Opio, D., Dodd, R.H., & Higginson, I.J. (2011, July). Assessing quality-of-life in older people in care homes. *Age Ageing*, 40(4), 507-512. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Assessing%20quality-of-life%20in%20older%20people%20in%20care%20homes.%20>

Hargreaves, L.H.H. (Org.). (2006). *Geriatrics*. Brasília: Senado Federal.

Hartholt, K.A., Van der Velde, N., Van Lieshout, E.M., Polinder, S., De Vries, O.J., Boye, N.D., et al. (2011a). [Cost]effectiveness of withdrawal of fall-risk increasing drugs versus conservative treatment in older fallers: design of a multicenter randomized controlled trial (IMPROveFALL-study). *BMC Geriatrics*, 11(48). Recuperado em 20 outubro, 2011, de [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%5BCost%5Deffectiveness%20of%20withdrawal%20of%20fall-risk%20increasing%20drugs%20versus%20conservative%20treatment%20in%20older%20fallers%3A%20design%20of%20a%20multicenter%20randomized%20controlled%20trial%20\(IMPROveFALL-study\).%20](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%5BCost%5Deffectiveness%20of%20withdrawal%20of%20fall-risk%20increasing%20drugs%20versus%20conservative%20treatment%20in%20older%20fallers%3A%20design%20of%20a%20multicenter%20randomized%20controlled%20trial%20(IMPROveFALL-study).%20)

Hartholt, K.A., Van Beeck, E.F., Polinder, S., Van der Velde, N., Van Lieshout, E.M., Panneman, M.J., et al. (2011b, September). Societal consequences of falls in the older population: injuries, healthcare costs, and long-term reduced quality of life. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 71(3), 748-753. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Societal%20consequences%20of%20falls%20in%20the%20older%20population%3A%20injuries%2C%20healthcare%20costs%2C%20and%20long-term%20reduced%20quality%20of%20life>

Hayes, A.J., Clarke, P.M., Voysey, M., & Keech, A. (2011, July/August). Simulation of quality-adjusted survival in chronic diseases: an application in type 2 diabetes. *Medical Decision Making*, 31(4), 5.59-70. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Simulation%20of%20quality->

adjusted%20survival%20in%20chronic%20diseases%3A%20an%20application%20in%20type%20diabetes

Haywood, K.L., Garrat, A.M., & Fitzpatrick, R. (2005). Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of Life Research*, 14(7), 1651-1668. Recuperado em 10 janeiro, 2012, de <http://www.jstor.org/stable/4039385>

Helvik, A.S., Iversen, V.C., Steiring, R., & Hallberg, L.R. (2011, March 31). Calibrating and adjusting expectations in life: A grounded theory on how elderly persons with somatic health problems maintain control and balance in life and optimize well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health Well-being*, 6(1). Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Calibrating%20and%20adjusting%20expectations%20in%20life%3A%20A%20grounded%20theory%20on%20how%20elderly%20persons%20with%20somatic%20health%20problems%20maintain%20control%20and%20balance%20in%20life%20and%20optimize%20well-being.%20>

Hoogenhout, E.M., De Groot, R.H., Van der Elst, W., & Jolles, J. (2011, July 25). Effects of a comprehensive educational group intervention in older women with cognitive complaints: A randomized controlled trial. *Aging and Mental Health*, 16(2), 135-144. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Effects%20of%20a%20comprehensive%20educational%20group%20intervention%20in%20older%20women%20with%20cognitive%20complaints%3A%20A%20randomized%20controlled%20trial>

Hornquist, J.O. (1990). Quality of life: concept and assessment. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 18, 69-79. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://sjp.sagepub.com/content/18/1/69.full.pdf>

Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., et al. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, d4163, 1-3. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163>

Huffman, K., Vernoy, M., & Vernoy, J. (2003). *Psicologia*. São Paulo: Atlas.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009). Comunicado Social de 1º de dezembro de 2009. *Participação dos idosos na população será quase igual à dos jovens em 2030*. Recuperado em 1º dezembro, 2011, de [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1507&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1507&id_pagina=1)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Diretoria de Pesquisas. Departamento de População, Anuário estatístico do Brasil. *Censo Demográfico 2010*. Recuperado em 1º dezembro, 2011, de [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1272&id\\_pagina](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272&id_pagina)

Infurna, F.J., Gerstorf, D., Robertson, S., Berg, S., & Zarit, S.H. (2010, June). The nature and cross-domain correlates of subjective age in the oldest old: Evidence from the OCTO Study. *Psychology and Aging*, 25(2), 470-476. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=The%20nature%20and%20cross-domain%20correlates%20of%20subjective%20age%20in%20the%20oldest%20old%3A%20Evidence%20from%20the%20OCTO%20Study>



Jang, S.N., Choi, Y.J., & Kim, D.H. (2009, March). Association of socioeconomic status with successful ageing: differences in the components of successful ageing. *Journal Biosocial Science*, 41(2), 207-219. Recuperado em 20 outubro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18976546>

Jansen, L., Hoffmeister, M., Chang-Claude, J., Koch, M., Brenner, H., & Arndt, V. (2011, November 18). Age-Specific Administration of Chemotherapy and Long-Term Quality of Life in Stage II and III Colorectal Cancer Patients: A Population-Based Prospective Cohort. *The Oncologist*, 16, 1741-1751. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Age-Specific%20Administration%20of%20Chemotherapy%20and%20Long-Term%20Quality%20of%20Life%20in%20Stage%20II%20and%20III%20Colorectal%20Cancer%20Patients%3A%20A%20Population-Based%20Prospective%20Cohort.%20>

Jodelet, D. (1984). Réflexion sur Le traitement de La notion de représentation sociale em psychologie sociale. *Communication Information*, VI (2/3). (pp. 15-41).

Jodelet, D. (1989). Représentations sociales: un domain en expansion. In D. Jodelet (Orgs.). *Les Représentations Sociales*. (pp. 31-61). Paris: Presses Universitaires de France.

Jodelet, D. (2001). As representações sociais um domínio em expansão. In *As representações sociais*. (L. Alup, Trad.) (pp.17-44). Rio de janeiro: EdUERJ.

Jodelet, D. (2009). Contributo das representações sociais para o domínio da saúde e da velhice. In M. Lopes, F. Mendes, A. Moreira (Coord.). *Saúde, educação e representações sociais*. Coimbra: Formasau.

Joia, L.C., Ruiz, T., & Donalisio, M.R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 131-138. Recuperado em: 20 Novembro, 2012, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000100018&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100018&lng=en&tlng=pt).

Jovchelovitch, S. (2008). Representações sociais e a diversidade do saber. In S. Jovchelovitch (Org.). *Os contextos do saber – representações, comunidade e cultura*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Karlsdotter, K., Martín, J.J.M., & González, M.D.L.D.A. (2011, December 8). Influence of income, income inequalities and social capital on the health of persons aged 65 and over in Spain in 2007. *Gaceta Sanitaria*, 25 (Suppl. 2), 59-65. Recuperado em 20 dezembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22154345>

Kessler, E.M., & Schwender, C. (2012). Giving dementia a face? The portrayal of older people with dementia in German weekly news magazines between the years 2000 and 2009. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 67(2), 261-70. Recuperado em 20 dezembro, 2011, de <http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/67B/2/261.abstract>

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. recuperado em 27 julho, 2011, de <http://www.midus.wisc.edu/findings/pdfs/62.pdf>

Kim, G., Bryant, A.N., & Parmelee, P. (2011, December 12). Racial/ethnic differences in serious psychological distress among older adults in California. *International Journal*

*Geriatric Psychiatry*. Recuperado em 20 dezembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Racial%2Fethnic%20differences%20in%20serious%20psychological%20distress%20among%20older%20adults%20in%20California.%20>

Koo, J., Rie, J., & Park, K. (2004). Age and gender differences in affect and subjective well-being. *Geriatrics and Gerontology International*, 4, 268-270. Recuperado em 12 setembro, 2011, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0594.2004.00224.x/>

Kumamoto, K., Nakamura, T., Suzuki, T., Gorai, I., Fujinawa, O., Ohta, H., et al. (2010). Validation of the Japanese Osteoporosis Quality of Life Questionnaire. *Journal of Bone and Mineral Metabolism*, 28(1), 1-7. Recuperado em 20 dezembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Validation%20of%20the%20Japanese%20Osteoporosis%20Quality%20of%20Life%20Questionnaire>

Kupelian, V., Wei, J.T., O'Leary, M.P., Norgaard, J.P., Rosen, R.C., & McKinlay, J.B. (2012, January). Nocturia and quality of life: results from the Boston area community health survey. *European Urology*, 61(1), 78-84. Recuperado em 20 dezembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nocturia%20and%20quality%20of%20life%3A%20results%20from%20the%20Boston%20area%20community%20health%20survey.%20>

Laiteerapong, N., Karter, A.J., Liu, J.Y., Moffet, H.H., Sudore, R., Schillinger, D., et al. (2011, August). Correlates of quality of life in older adults with diabetes: the diabetes & aging study. *Diabetes Care*, 34(8), 1749-1753. Recuperado em 20 dezembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21636795>

Laranjeiras, C.A. (2010). Velhos são os trapos: do positivismo clássico à nova era. *Saúde e Sociedade*, 19(4), 763-770. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/04.pdf>

Last, J.M. (1984). *Public Health and Human Ecology* (2<sup>nd</sup> ed.). Canada: McGraw-Hill Professional.

Lawton, M. P (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23, 349-357. Recuperado em 19 setembro, 2011, de <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/23/4/349.full.pdf+html>

Lawton, M. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J. Birren, R.J. Lubbenj & D. Detchman, *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 3-27). San Diego: Academic.

Lawton, M., Devoe, M. R., & Parmelee, P. (1995). Relationship of events and affect in the daily life of an elderly population. *Psychology and Aging*, 10, 469-477. Recuperado em 19 setembro, 2011, de <http://psycnet.apa.org/journals/pag/10/3/469.pdf>

Lopes, E.S.L., & Park, M.B. (2007). Representação social de crianças acerca do velho e do envelhecimento. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 141-148. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a06v12n2.pdf>

Lebrão, M.L., & Laurenti, R. (2005). Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia [online]*. 8(2), 127-141. Recuperado em 15 de janeiro, 2012, de <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n2/05.pdf>

Liberaslesso A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1/2), 55-74. Recuperado em 5 junho, 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80534205>

Lima, A.M.M., Silva, H.S., & Galhardoni, R. (2008, October/December). Successful aging: paths for a construct and new frontiers. *Interface - Comunicação, Saúde & Educação*, 12(27), 795-807. Recuperado em 12 janeiro, 2012, de [http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832008000100023&script=sci\\_arttext](http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832008000100023&script=sci_arttext)

Lima, M.G., Barros, M.B.A., César, C.L.G., Goldbaum, M., Carandina, L., & Ciconelli, R.M. (2009, October). Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos, avaliada com o uso do SF-36 em estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(10), 2159-2167. Recuperado em 12 dezembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/07.pdf>

Lima-Costa, M.F., Barreto, S.M., & Giatti, L. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 735-743. Recuperado em 14 dezembro, 2011, de <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15877.pdf>

Lima-Costa, M.F., Firmo, J.O.A., & Uchôa, E. (2004). A estrutura da autoavaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Revista de Saúde Pública*, 38(6), 827-34. Recuperado em 20 dezembro, 2011, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000600011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000600011&script=sci_arttext)

Lima-Costa, M.F., Peixoto, S.V., Matos, D.L., Firmo, J.O.A., & Uchôa, E. (2007). A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1893-1902. Recuperado em 14 dezembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/16.pdf>

Lima-Costa, M.F., Matos, D.L., Camargos, V.P., & Macinko, J. (2011). Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3689-3696. Recuperado em 14 dezembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a06v16n9.pdf>

Litwin, H., & Shiovitz-Ezra, S. (2011, June). Social network type and subjective well-being in a national sample of older Americans. *Gerontologist*, 51(3), 379-388. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Social%20network%20type%20and%20subjective%20well-being%20in%20a%20national%20sample%20of%20older%20Americans>

Lobo, A., Carvalho, J., & Santos, P. (2011, March). Comparison of functional fitness in elderlies with reference values by Rikli and Jones and after one-year of health intervention programs. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 51(1), 111-120. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Comparison%20of%20functional%20fitness%20in%20elderlies%20with%20reference%20values%20by%20Rikli%20and%20Jones%20and%20after%20one-year%20of%20health%20intervention%20programs>

Lopes, E.S.L.; Park, M.B. (2007). Representação social de crianças acerca do velho e do envelhecimento. *Estudos de psicologia (Natal)*, 12(2), 141-148. Recuperado em: 20 Novembro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a06v12n2.pdf>

Lucchetti, G., Granero, A. L., Bassi, R. M., Nasri, F., Nacif, S. A. P. (2011). O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1), 159-168. Recuperado em: 20 Novembro, 2012, de [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000100016&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100016&lng=pt).

Magalhães, M.R., Corrente, J.E., Ruiz, T., & Simões, L.B. (2008, outubro/dezembro) Distribuição espacial dos idosos segundo seus conceitos de qualidade de vida. *Revista da APS*, 11(4), 374-379. Recuperado em 16 janeiro, 2012, de <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewarticle/274>

Maggio, D., Ruggiero, C., Ercolani, S., Macchiarulo, M.C., Palmari, N., Luccioli, F., et al. (2010, August). A multi-dimensional questionnaire quantifying quality of life in elderly osteoporotic women: the Italian triple-Q osteoporosis study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 22(4), 330-339. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=A%20multi-dimensional%20questionnaire%20quantifying%20quality%20of%20life%20in%20elderly%20Osteoporotic%20women%3A%20the%20Italian%20triple-Q%20osteoporosis%20study.%20%20>

Magnabosco-Martins, C.R., Camargo, B.V., & Biasus, F. (2009, September/December). Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Universitas Psychologica*, 8(3), 831-847. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de [http://www.laccos.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=104:representacoes-sociais-do-idoso-e-da-velhice-de-diferentes-faixas-etarias&catid=14:2009&Itemid=5&lang=fr](http://www.laccos.org/index.php?option=com_content&view=article&id=104:representacoes-sociais-do-idoso-e-da-velhice-de-diferentes-faixas-etarias&catid=14:2009&Itemid=5&lang=fr)

Makhija, S.K., Gilbert, G.H., Clay, O.J., Matthews, J.C., Sawyer, P., & Allman, R.M. (2011, March). Oral health-related quality of life and life-space mobility in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3), 512-518. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21361883>

Marcelino, V.R. (2008). *Influência da atividade física na imagem corporal e percepção de dor de pessoas idosas com dores crônicas*. Tese de doutoramento em Educação Física não publicada, Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://cutter.unicamp.br/document/?code=000434122>

Marcum, Z.A., Amuan, M.E., Hanlon, J.T., Aspinall, S.L., Handler, S.M., Ruby, C.M., et al. (2011, December 8). Prevalence of Unplanned Hospitalizations Caused by Adverse Drug Reactions in Older Veterans. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(1), 34-41. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Prevalence%20of%20Unplanned%20Hospitalizations%20Caused%20by%20Adverse%20Drug%20Reactions%20in%20Older%20Veterans.%20>

Martínez, M., & García, M. (1994). La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de calidad de vida percibida en la vejez. *Revista de Psicología de la Salud*, 6, 55-74. Recuperado em 23 dezembro, 2011, de

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722006000200017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000200017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

Martínez-Jabaloyas, J.M., Queipo-Zaragoza, A., Ferrandis-Cortes, C., Queipo-Zaragoza, J.A., Gil-Salom, M., & Chuan-Nuez, P. (2011, October). Relationships between sex hormone levels in men over 50 years of age and body composition, bone quality, and quality of life]. *Actas Urológicas Españolas*, 35(9), 515-522. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Relationships%20between%20sex%20hormone%20levels%20in%20men%20over%2050%20years%20of%20age%20and%20body%20composition%2C%20bone%20quality%2C%20and%20quality%20of%20life>

Martins, N., Gisselbrecht, C., & Mounier, N. (2011, October). Quality of life following treatment for B-cell lymphoma. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 11(5), 523-532. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21958097>

Matos, D.R., & Araújo, T.C.C.F. (2009, julho/setembro). Qualidade de vida e envelhecimento: questões específicas sobre osteoartrose. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 511-518. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a12.pdf>

McAuley, E., Doerksen, S.E., Morris, K.S., Motl, R.W., Hu, L., Wojcicki, T.R., et al. (2008, August). Pathways from physical activity to quality of life in older women. *Annals of Behavioral Medicine*, 36(1), 13-20. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Pathways%20from%20physical%20activity%20to%20quality%20of%20life%20in%20older%20women.%20>

McCullough, M. E., Laurenceau, J. P. (2005, April). Religiousness and the trajectory of self-rated health across adulthood. *Personality & Social Psychology Bulletin*; 31, 560-73. Recuperado em: 20 Novembro, 2012, de [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15743989](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15743989)

McEwen, B.S. (2003). Interacting mediators of allostasis and allostatic load: towards an understanding of resilience in aging. *Metabolism*, 52 (Suppl 2), 10-16. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Interacting%20mediators%20of%20allostasis%20and%20allostatic%20load%3A%20towards%20an%20understanding%20of%20resilience%20in%20aging>

McFarland, M.J., Smith, C.A., Toussaint, L., & Thomas, P.A. (2011, January). Forgiveness of Others and Health: Do Race and Neighborhood Matter? *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(1), 66-75. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Forgiveness%20of%20Others%20and%20Health%3A%20Do%20Race%20and%20Neighborhood%20Matter%3F%20>

Mesas, A.E., Lopez-Garcia, E., Leon-Munoz, L.M., Guallar-Castillon, P., & Rodriguez-Artalejo, F. (2010, October). Sleep duration and mortality according to health status in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(10), 1870-1877. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=ISleep%20duration%20and%20mortality%20according%20to%20health%20status%20in%20older%20adults.%20%20>

Mesas, A.E., (2011, May). The association between habitual sleep duration and sleep quality in older adults according to health status. *Age and Ageing*, 40(3), 318-323. Recuperado em 20

novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=The%20association%20between%20habitual%20sleep%20duration%20and%20sleep%20quality%20in%20older%20adults%20according%20to%20health%20status>.

Mendizábel, M.R.L., & Cabornero, J.A.C. (2004). *Grupo de debate para idosos: guia prático para coordenadores de encontros*. São Paulo, SP: Loyola.

Millan-Calenti, J.C., Tubio, J., Pita-Fernandez, S., Rochette, S., Lorenzo, T., & Maseda, A. (2012, January). Cognitive impairment as predictor of functional dependence in an elderly sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 197-201. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21397345>

Minas Gerais. (2007). Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção à saúde do idoso* (2ª. ed.). Belo Horizonte: SAS/MG.

Minayo, M.C.S. (Org.) (1994). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.

Minayo, M.C.S. (Org.), & Minayo, M. (1999). *O desafio do conhecimento* (5ª. ed.). São Paulo: Hucitec.

Minayo, M.C.S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18. Recuperado em 13 janeiro, 2012, de <http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>

Minayo, M.C.S. (Org.), Assis, S.G., & Souza, E.R. (2005). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Moliner, P., Ivan-Rey, M., & Vidal, J. (2008, December). Three psychosociological approaches of ageing. Identity, social categorization and social representations. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 6(4), 245-57. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-19087906>

Moliterno, A. C. M., Faller, J. W., Borghi, A. C., Marcon, S. S., Carreira, L. (2012, abr/jun;). Viver em família e qualidade de vida de idosos da universidade aberta da terceira idade. *Revista de Enfermagem*. UERJ, 20(2), 179-84. Recuperado em: 20 Novembro, 2012, de [www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a07.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a07.pdf)

Moraes, J.F.D., & Souza, V.B.A. (2005). Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 302-308. Recuperado em 25 setembro, 2011, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462005000400009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000400009)

Moraes, N.A.S., & Witter, G.P. (2007). Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. *Boletim de Psicologia*, lvii(127), 215-238.

Moscovici, S. (1995). Prefácio. In P. Guareschi, S. Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em representações sociais* (2ª. ed., pp. 261-293). Petrópolis: Vozes.

Moscovici, S. (2007). *Representações sociais: investigação em psicologia social*. (P. A. Guareschi., Trad., 5ª. ed). Petrópolis, RJ: Vozes.

Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.

Motl, R.W., & McAuley, E. (2010, May). Physical activity, disability, and quality of life in older adults. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics North America*, 21(2), 299-308. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Physical%20activity%2C%20disability%2C%20and%20quality%20of%20life%20in%20older%20adults.%20Physical%20Medicine%20%26%20Rehabilitation%20Clinics%20North%20America>

Muhtz, C., Von Alm, C., Godemann, K., Wittekind, C., Jelinek, L., Yassouridis, A., et al. (2011a, May). Long-term consequences of flight and expulsion in former refugee children. *Psychotherapie, Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 61(5), 233-238. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=term%20consequences%20of%20flight%20and%20expulsion%20in%20former%20refugee%20children>

Muhtz, C., Godemann, K., Von Alm, C., Wittekind, C., Goemann, C., Wiedemann, K., et al. (2011b, September). Effects of chronic posttraumatic stress disorder on metabolic risk, quality of life, and stress hormones in aging former refugee children. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(9), 646-652. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Effects%20of%20chronic%20posttraumatic%20stress%20disorder%20on%20metabolic%20risk%2C%20quality%20of%20life%2C%20and%20stress%20hormones%20in%20aging%20former%20refugee%20children>

Montlahuc, C., Soumare, A., Dufouil, C., Berr, C., Dartigues, J.F., Poncet, M., et al. (2011, October 11). Self-rated health and risk of incident dementia: A community-based elderly cohort, the 3C Study. *Neurology*, 77(15), 1457-1464. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21975209>

Naito, M., Kato, T., Fujii, W., Ozeki, M., Yokoyama, M., Hamajima, N., et al. (2010, January/February). Effects of dental treatment on the quality of life and activities of daily living in institutionalized elderly in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(1), 65-68. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Effects%20of%20dental%20treatment%20on%20the%20quality%20of%20life%20and%20activities%20of%20daily%20living%20in%20insti%20tutionalized%20elderly%20in%20Japan.%20>

Nascimento, M.C.R., Sanches, M.G.F.S., Dalcin, N.V.E., Gama, R.G.F.M., & Angélica, R.M.P.P. (2000). Qualidade de vida na Terceira Idade. In S.F. Paz (Org.), *Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?* (pp. 121-138). Rio de Janeiro: CBCISS, ANG/ Seção Rio de Janeiro.

Nasri, F. (2008). O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, 6 (Supl. 1), S4-S6. Recuperado em 20 dezembro, 2011, de <http://apps.einstein.br/REVISTA/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>

Nelson, C.J., Weinberger, M.I., Balk, E., Holland, J., Breitbart, W., & Roth, A.J. (2009, September). The chronology of distress, anxiety, and depression in older prostate cancer patients. *Oncologist*, 14(9), 891-899. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=The%20chronology%20of%20distress%2C%20a%20nxiety%2C%20and%20depression%20in%20older%20prostate%20cancer%20patients.%20>

Neto, F. (2000). *Psicologia social* (vol. 2). Lisboa: Universidade Aberta .

Neri, A. L. (1993). *Qualidade de vida na idade madura*. Campinas: Papirus.

- Neri, A. L. (2001a). *Maturidade e velhice*. Campinas: Papyrus.
- Neri, A. L. (2001b). Velhice e qualidade de vida na mulher. In A.L. Neri (Org.), *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp. 161-200). Campinas, SP: Papyrus.
- Neri, A. L. (2002). Bienestar subjetivo em la vida adulta y em la vejes: hacia uma psicologia positiva em America Latina. *Revista Latinoamericana de Psicologia*, 34(1-2), 55-74.
- Neri, A. L. (2003). Atitudes e crenças sobre velhice: Análise de Conteúdo de textos do jornal *O Estado de São Paulo* publicados entre 1995 e 2002. In O.R.M.V. Simson, A.L. Neri & M. Cachioni, M. (Orgs.), *As múltiplas faces da velhice no Brasil* (pp. 13-54). Campinas, SP: Papyrus.
- Neri, A. L. Born, T., Grespan, S.M., & Medeiros, S.L. (2004). Biomedicalização da velhice na pesquisa, no atendimento aos idosos e na vida social. In M.J.D. Diogo, A.L. Neri & M. Cachioni (Orgs.), *Saúde e qualidade de vida na velhice* (pp. 11-37). Campinas, SP: Alínea.
- Neri, A. L. (2005). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas, SP: Alínea.
- Neri, A. L. (Org.) (2007). *Idosos do Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade*. São Paulo, SP: Fundação Perseu Abramo; SESC, SP.
- Neri, A. L. (Org.) (2011). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (2ª. ed.). Campinas, SP: Alínea.
- Nicolazi, M.C., Silva, J.K.C., Coelho, L., Cascaes, A.M., & Büchele, F. (2009). Qualidade de vida na Terceira Idade: um estudo na atenção primária em saúde. *Cogitare Enfermagem*, 4(3), 428-434. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=qualidade%20de%20vida%20na%20terceira%20idade%20um%20estudo%20na%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%20em%20sa%C3%BAde.%20&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Focs.c3sl.ufpr.br%2Focs%2Findex.php%2Focogitare%2Farticle%2Fdownload%2F16158%2F10679&ei=UDM9T-OxOIqBgwfQueWQCA&usq=AFQjCNHVu3IAbbJeE0Tob12wAzYd8GyMcg>
- Nieman, D.C. (1999). *Exercício e saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento* (M. Ikeda, Trad.). São Paulo, SP: Manole.
- Nokes, K.M., Coleman, C.L., Hamilton, M.J., Corless, I.B., Sefcik, E., Kirksey, K.M., et al. (2011, February). Age-related effects on symptom status and health-related quality of life in persons with HIV/AIDS. *Applied Nursing Research*, 24(1), 10-6. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Age-related%20effects%20on%20symptom%20status%20and%20health-related%20quality%20of%20life%20in%20persons%20with%20HIV%20FAIDS>
- Novaes, M.R.V. (2001). *As representações sociais dos alunos de graduação em Enfermagem sobre “ser velho” e “cuidar de velhos”*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-290865>
- Novaes, M.R.V., & Derntl, A.M. (2002). As imagens da velhice: o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como método de investigação. *Mundo Saúde*, 26(4), 503-508. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-366522>



Nunes, V.M.A., Menezes, R.M.P., & Alchieri, J.C. (2010, July/December). Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 32(2), 119-126. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://search.bvsalud.org/dss/resources/lil-561639>

Oganesian, N.M., Davidian, N.R., Gevorkian, E.G., Karapetian, A.G., Miridzhanian, M.I., & Asrian, K.V. (2011, January/February). Delayed medical consequences of the Chernobyl accident in Armenia. Assessment of life quality and accelerated biological aging of accident liquidators. *Radiation Biology Radioecology*, 51(1), 91-100. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Delayed%20medical%20consequences%20of%20the%20Chernobyl%20accident%20in%20Armenia.%20Assessment%20of%20life%20quality%20and%20accelerated%20biological%20aging%20of%20accident%20liquidators>.

Oliveira, A.M., & Santos, M.F.S. (2002, Julho/Dezembro). O envelhecer: teorias científicas x teorias populares. *Psico* (Porto Alegre), 33(2), 311-326. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico>

Oliveira, S.L. (2004). *Tratado de Metodologia Científica: Projetos de Pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Oliveira, D.S., Hachul, H., Goto, V., Tufik, S., & Bittencourt, L.R. (2011, October 23). Effect of therapeutic massage on insomnia and climacteric symptoms in postmenopausal women. *Climacteric*, 15(1), 21-29. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22017318>

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Organización Panamericana de la Salud. (OPAS) (2003). *Guia clínica para atención primaria de las personas mayores* (3ª. ed.). Washington: OPAS.

Omran, A.R. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(1), 509-538. Recuperado em 10 agosto, 2012, de [http://pingpong.ki.se/public/pp/public\\_courses/course07443/published/0/resourceId/0/content/20.11%20The%20Epidemiologic%20Transition.pdf](http://pingpong.ki.se/public/pp/public_courses/course07443/published/0/resourceId/0/content/20.11%20The%20Epidemiologic%20Transition.pdf)

Ormel, J., Linderber, S., Steverink, N., & Vonkorf, M. (1997). Quality of life and social production functions: A framework for understanding health effects. *Social Science Medical*, 45, 1051-1963. Recuperado em 11 novembro, 2011, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953697000324>

Ovile, A.C. (2005). *Envelhecimento e transtornos mentais mais comuns no idoso: representações sociais de cuidadores, profissionais de saúde e idosos de Botucatu*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, Brasil. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de [http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064078P9/2006/ovile\\_ac\\_dr\\_botfm.pdf](http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064078P9/2006/ovile_ac_dr_botfm.pdf)

Patrocínio, W. P., & Gohn, M.G.M. (2005, Dezembro). Experiências e representações sociais de trabalhadores e trabalhadoras sobre seu próprio processo de envelhecimento em cooperativas populares. *Revista Kairós*, 8(2), 119-138. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=484031&indexSearch=ID>

Palgi, Y., Shrira, A., Ben-Ezra, M., Spalter, T., Shmotkin, D., & Kavé, G. (2010, January). Delineating terminal change in subjective well-being and subjective health. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(1), 61-64. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Delineating%20terminal%20change%20in%20subjective%20well-being%20and%20subjective%20health.%20>

Pallero, R., Ferrando, P.J., Díaz, M., Ceña, F., & Lorenzo, U. (2011, March/April). Aging without seeing: evaluation of the adjustment to loss of sight during old age. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(2), 68-73. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Aging%20without%20seeing%3A%20evaluation%20of%20the%20adjustment%20to%20loss%20of%20sight%20during%20old%20age.%20>

Papaléo Netto, M. (2002). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu.

Papaléo Netto, M. (2006). O estudo da velhice: histórico, definições do campo e termos básicos. In E.V. Freitas, L. Py, F.A.X. Cançado, J. Doll & M.L. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ª. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Parslow, R.A., Lewis, V.J., & Nay, R. (2011, November). Successful aging: development and testing of a multidimensional model using data from a large sample of older australians. *Journal of the American Geriatric Society*, 59(11), 2077-2083. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Successful%20aging%3A%20development%20and%20testing%20of%20a%20multidimensional%20model%20using%20data%20from%20a%20large%20sample%20of%20older%20australians.%20>

Paschoal, S.M.P. (2002). Autonomia e independência. In M. Papaléo Netto & J.R. Ponte (Orgs.), *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 313-323). São Paulo, SP: Atheneu.

Paskulin, L.M.G., & Vianna, L.A.C. (2007). Perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. *Saúde Pública*, 41(5), 757-768. Recuperado em 13 janeiro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/14.pdf>

Pavarini, S. C. I., Tonon, F. L., Silva, J. M. C., Menciondo, M., Barham, E. J., Filizola, C. L. A. (2006). Quem irá empurra minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(3), 326-335. Recuperado em: 21 Novembro, 2012, de [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a03.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm)

Peixoto, C. (2006). Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, Terceira Idade. In M.M.L. de Barros, *Velhice ou Terceira Idade?* (4ª. ed., pp. 69-84). Rio de Janeiro: FGV.

Perchon, L.F., Pintarelli, V.L., Bezerra, E., Thiel, M., & Dambros, M. (2011, April). Quality of life in elderly men with aging symptoms and lower urinary tract symptoms (LUTS). *Neurourology & Urodynamics*, 30(4), 515-519. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21284026>

Pereira, J.C., Barreto, S.M., Passos, V.M.A. (2008). O Perfil de Saúde Cardiovascular dos Idosos Brasileiros Precisa Melhorar: Estudo de Base Populacional. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91(1):1-10. Recuperado em 22 novembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n1/a01v91n1.pdf>

Pereira, R.J., Cotta, R.M., Franceschini, S.C., Ribeiro, R.C., Sampaio, R.F., Priore, S.E., et al. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 27-38. Recuperado em 22 novembro, 2011, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082006000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082006000100005&script=sci_arttext)

Perlman, R.A., & Uhlmann, R.F. (1988). Quality of life in chronic diseases: Perceptions of elderly patients. *Journal of Gerontology*, 43, M25-M30. Recuperado em 15 janeiro, 2012, de <http://geronj.oxfordjournals.org/content/43/2/M25>

Perret-Guillaume, C., Briancon, S., Wahl, D., Guillemin, F., & Empeur, F. (2010, February). Quality of Life in elderly inpatients with atrial fibrillation as compared with controlled subjects. *Journal Nutrition Health and Aging*, 14(2), 161-166. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Quality%20of%20Life%20in%20elderly%20inpatients%20with%20atrial%20fibrillation%20as%20compared%20with%20controlled%20subjects>.

Petrini, J. K. (1997). Experiência com grupo da 3ª idade: um estudo psicológico. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Phelan, C.H., Love, G.D., Ryff, C.D., Brown, R.L., & Heidrich, S.M. (2010, December). Psychosocial predictors of changing sleep patterns in aging women: a multiple pathway approach. *Psychology and Aging*, 25(4), 858-866. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Psychosocial%20predictors%20of%20changing%20sleep%20patterns%20in%20aging%20women%3A%20a%20multiple%20pathway%20approach>.

Pilger, C., Menon, M.H., & Mathias, T.A. (2011, October). Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1230-1238. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22030589>

Pino, M., Ricoy, M.C., & Portela, J. (2009, October/December). Avaliação sobre as características do processo de envelhecimento por meio de histórias de vida. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 13(31), 369-382. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a11v1331.pdf>

Pinquart, M., Sörensen, S. (2001). 'Gender Differences in Self-Concept and Psychological Well-Being in Old Age: A Meta Analysis'. *The Journals of Gerontology* 56 (4), 195-206. Recuperado em 20 de novembro de 2011, de <http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/56/4/P195.abstract>

Piuevam, G., Ferreira, A.A.A., Soares, S.C.M., de Souza, D.L.B., & Alves, M.S.C.F. (2006). As perdas dentárias sob a ótica do idoso. *Odontologia Clínica-Científica*, 5(4), 299-306. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de [www.cro-pe.org.br/revista/revistas/OUTDEZ9.pdf](http://www.cro-pe.org.br/revista/revistas/OUTDEZ9.pdf)

Plank, C., Schneider, S., Eysholdt, U., Schutzenberger, A., & Rosanowski, F. (2011, May). Voice - and health-related quality of life in the elderly. *Journal of Voice*, 25(3), 265-268. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20202787>

Pomazkin, V.I. (2009). Influence of age on quality of life of patients with intestinal stoma. *Advances in Gerontology*, 22(2), 322-325. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.mendeley.com/research/influence-age-quality-life-patients-intestinal-stoma/>

Povoa, L.C., Vanuzzi, F.K., Ferreira, A.P.A., & Ferreira, A.S. (2011, julho/setembro). Intervenção osteopática em idosos e o impacto na qualidade de vida. *Fisioterapia & Movimento*, 24(3), 429-436. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/rfm?dd1=5204&dd99=view>

Prado, R.A., Teixeira, A.L.C., Langa, C.J.S.O., Egydio, P.R.M., & Izzo, P. (2010, abril/junho). A influência dos exercícios resistidos no equilíbrio, mobilidade funcional e na qualidade de vida de idosas. *Mundo Saúde (Impr.)*, 34(2), 183-191. Recuperado em 20 novembro, 2011, de [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/75/183a191.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/75/183a191.pdf)

Prieto-Flores, M.E., Fernandez-Mayoralas, G., Rosenberg, M.W., & Rojo-Perez, F. (2010, November). Identifying connections between the subjective experience of health and quality of life in old age. *Quality Health Research*, 20(11), 1491-1499. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Identifying%20connections%20between%20the%20subjective%20experience%20of%20health%20and%20quality%20of%20life%20in%20old%20age.%20>

Racciatti, D., Gorgoretti, V., Sepede, G., Gambi, F., & Pizzigallo, E. (2011, July/September). An Italian study on health-related quality of life and fatigue in patients with chronic fatigue syndrome and patients with chronic HCV virus infection: similarities and differences. *International Journal of Immunopathology & Pharmacology*, 24(3), 673-681. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=An%20Italian%20study%20on%20health-related%20quality%20of%20life%20and%20fatigue%20in%20patients%20with%20chronic%20fatigue%20syndrome%20and%20patients%20with%20chronic%20HCV%20virus%20infection%3A%20similarities%20and%20differences.%20>

Reinert, M. (1990). Alceste, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia de Gerard de Nerval. *Bulletin de Methodologie Sociologique*, v. 26, p.24-54.

Ribeiro, P.C.C., Neri, A.L., Cupertino, A.P.F.B., & Yassuda, M.S. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 501-509. Recuperado em 21 dezembro, 2011, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722009000300011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000300011)

Richmond, R.L., Law, J., & Kay-Lambkin, F. (2011, June). Physical, mental, and cognitive function in a convenience sample of centenarians in Australia. *Journal of American Geriatric Society*, 59(6), 1080-1086. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Physical%2C%20mental%2C%20and%20cognitive%20function%20in%20a%20convenience%20sample%20of%20centenarians%20in%20Australia.>

Rissardo, L.K., Furlan, M.C.R., Grandizolli, G., Marcon, S.S., Carreira, L. (2012, jul/set). Sentimentos de residir em uma instituição de longa permanência: percepção de idosos asilados. *Revista Enfermagem Uerj*, 20(3):380-5. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/2128/2887>

Rodrigues, G.H.P. (2010). *Determinantes clínicos de dependência e qualidade de vida em idosos atendidos em um ambulatório de cardiologia*. Tese de doutoramento não publicada, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado em 16 dezembro, 2011, de [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=200177](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=200177)

Rossetto-Mazza, M.M.P., & Lefèvre, F. (2005). Cuidar em família: análise da representação social de relação do cuidador familiar com o idoso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(1), 1-10. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de [www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v15n1/02.pdf](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v15n1/02.pdf)

Rouquayrol, M.Z., & Almeida Filho, N. (2003). *Epidemiologia e Saúde* (6ª. ed.). Rio de Janeiro: MEDSI.

Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. Recuperado em 15 dezembro, 2011, de <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.141?select23=Choose&journalCode=psych>

Ryff, C.D. (1989). In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4(2), 195-201. Recuperado em 13 janeiro, 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2789747>

Sá, C. P. de. (1996). *Sobre o núcleo central das representações sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Sá, C.P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ.

Sá, C.P. (2007). As representações sociais na história recente e na atualidade da Psicologia Social. In A.M. Jacó-Vilela, A.A.L. Ferreira & F.T. Portugal (Eds.), *História da psicologia: rumos e percursos* (2ª. ed., pp. 587-602). Rio de Janeiro: NAU.

Santos. G.D., Ribeiro, S.M.L.(2011). Aspectos afetivos relacionados ao comportamento alimentar dos idosos frequentadores de um Centro de Convivência. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 14(2), 319-328. Recuperado em: 20 Novembro, 2012, de <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a12.pdf>

Santos, S.M., Chor, D., Werneck, G.L., & Coutinho, E.S.F. (2007). Associação entre fatores contextuais e autoavaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(11), 2533-2554. Recuperado em 15 janeiro, 2012, de <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n11/01.pdf>

Santos, S.R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M., & Henriques, M.E.R.M. (2002, novembro/dezembro). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(6), 757-764. Recuperado em 18

dezembro, 2011, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000600002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000600002&script=sci_arttext)

Santos Júnior, M.F., & Santos, A.M. (2006, junho). Concepções de qualidade de vida de idosos asilados de Penápolis-SP. *Revista Digital - Buenos Aires* – 11(97). Recuperado em 11 de janeiro, 2012, de <http://www.efdeportes.com/>

Santos, N. C. dos, & Meneghin, P. (2006). Concepções dos alunos de graduação em Enfermagem sobre o envelhecimento. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 40(2), 151-159. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/01.pdf>

Sarvimaki, A., & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1025-1033. Recuperado em 20 dezembro, 2011, de [http://eakatetoetamine.weebly.com/uploads/6/9/8/5/6985530/quality\\_of\\_life.pdf](http://eakatetoetamine.weebly.com/uploads/6/9/8/5/6985530/quality_of_life.pdf)

Sebastião, É., Christofolletti, G., Gobbi, S., Hamanaka, Á.Y.Y. & Gobbi, L.T.B. (2009, abril). Atividade física, qualidade de vida e medicamentos em idosos: diferenças entre idade e gênero. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 11(2), 210-216. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://en.scientificcommons.org/44010100>

Secretaria de Política Urbana da Prefeitura de Juiz de Fora /Laboratório de Climatologia Geográfica e Análise Ambiental (DEGEO - ICHL / UFJF). (2006). *Características Gerais*. Recuperado em 5 fevereiro, 2012, de <http://www.pjf.mg.gov.br/cidade/gerais.php>

Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. Recuperado em 16 janeiro, 2011, de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2005-08033-003>

Sepúlveda R.C., Rivas, E., Bustos, M.L., & Illesca, P.M. (2010) Perfil sociofamiliar en adultos mayores institucionalizados: Temuco, Padre Las Casas y Nueva Imperial. *Ciencia y Enfermería*, 16(3), 49-61. Recuperado em 20 novembro, 2011, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000300007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300007)

Sequeira, A., & Silva, M.N. (2002). O bem-estar da pessoa idosa no meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-16. Recuperado em 27 janeiro, 2012, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n3/v20n3a23.pdf>

Shega, J.W., Dale, W., Andrew, M., Paice, J., Rockwood, K., & Weiner, D.K. (2011, December 8). Persistent Pain and Frailty: A Case for Homeostenosis. *Journal of the American Geriatric Society*, 60(1):113-7. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Persistent%20Pain%20and%20Frailty%3A%20A%20Case%20for%20Homeostenosis.%20>

Silva, J.V. da, Silva, J.A. da, Moreira, M.M.R., Gomes, P.O. (2009, Outubro). As representações sociais sobre ser idoso e ser cuidador em cidades do sul de Minas Gerais. *Nursing*, 12(137), 485-490. Recuperado em 10 agosto, 2012, de <http://www.nursing.com.br/paper.php?p=478>

Silva, L. M., Silva, A. O., Tura, L. F. R., Moreira, M. A. S. P., Rodrigues, R. A. P., Marques, M. C. (2012). Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online], 33(1), 109-115. Recuperado em: 20 Novembro, 2012, de

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100015&lng=en&nrm=iso)>.

Silva, J.V., Siqueira, A.G., & Lima, R.S. (2009, Outubro/Dezembro). Significados e sentimentos de ser idoso: as representações sociais de idosos residentes em Itajubá, sul de Minas Gerais. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 13(4), 534-540. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de [http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/.../files\\_4c1220c4cae6d.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/.../files_4c1220c4cae6d.pdf)

Silva, J.V., Lemes, I.C., Vitorino, L.M., & Moreira, M.M.R. (2010, Fevereiro). Os significados de espiritualidade e sua relação com a saúde: as representações sociais de idosos. *Nursing* (São Paulo); 12(141), 85-89. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://www.pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-542123>

Silva, L.A. da, Gomes, A.M.T., Oliveira, D.C. de, & Souza, M.G.G. de. (2011, Janeiro/Março). Representações sociais do processo de envelhecimento de pacientes psiquiátricos institucionalizados. *Escola Anna Nery* (impr.), 15(1), 124-131. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/18.pdf>

Siqueira, F.V.; Nahas, M.V.; Facchini, L.A.; Silveira, D.S.; Piccini, R.X.; Tomasi, E.; Thumé, E.; Reichert, F.F.; Hallal, P.R.C. (2009). Fatores considerados pela população como mais importantes para manutenção da saúde. *Rev Saúde Pública*, 43(6):961-71.

Siqueira, R.B.G., Ali Cader, S., Bento Torres, N.V., Oliveira, E.M., & Martin, E.H.D. (2010, April). Pilates method in personal autonomy, static balance and quality of life of elderly females. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 14(2), 195-202. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Pilates%20method%20in%20personal%20autonomy%20static%20balance%20and%20quality%20of%20life%20of%20elderly%20females.%20>

Siqueira, R.L., Botelho, M.I.V., & Coelho, F.M.G. (2002). A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 899-906. Recuperado em 20 agosto, 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63011569021.pdf>

Spink, M.J. (1995). Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. In P.A. Guareschi & S. Jovchelovich (Orgs.), *Textos em representações sociais* (2ª. ed., pp. 117-148). Petrópolis, RJ: Vozes.

Spiriduso, W.W. (2005). *Dimensões físicas de envelhecimento*. São Paulo: Manole.

Soares, N.E. (1997). *A velhice e suas representações sociais em duas instituições públicas de saúde*. Monografia em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=261895&indexSearch=ID>

Solé, C., Mercadal-Brotons, M., Gallego, S., & Riera, M. (2010). Contributions of music to aging adults' quality of life. *Journal of Music Therapy*, 47(3), 264-281. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Contributions%20of%20music%20to%20aging%20adults'%20quality%20of%20life>.

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Saúde Pública*, 37(3), 364-371. Recuperado em 28 janeiro, 2012, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102003000300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300016)

Sousa, S.P.O., & Branca, S.B.P. (2011). Panorama epidemiológico do processo de envelhecimento no mundo, Brasil e Piauí: evidências na literatura de 1987 a 2009. *Enfermagem em Foco*, 2(3), 188-190. Recuperado em 20 novembro, 2011, de [http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=panorama%20epidemiol%C3%B3gico%20do%20processo%20de%20envelhecimento%20no%20mundo%2C%20brasil%20e%20piaui%20C3%A4%20evid%C3%A4ncias%20na%20literatura%20de%201987%20a%202009.%20enfermagem%20em%20foco%2C%20&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevista.portalcofen.gov.br%2Findex.php%2Fenfermagem%2Farticle%2Fdownload%2F132%2F113&ei=cj09T-O7G4L8ggfzqLGwCA&usg=AFQjCNFNl1hnN\\_49pJ0QCwCpDa1GtyNg0A](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=panorama%20epidemiol%C3%B3gico%20do%20processo%20de%20envelhecimento%20no%20mundo%2C%20brasil%20e%20piaui%20C3%A4%20evid%C3%A4ncias%20na%20literatura%20de%201987%20a%202009.%20enfermagem%20em%20foco%2C%20&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevista.portalcofen.gov.br%2Findex.php%2Fenfermagem%2Farticle%2Fdownload%2F132%2F113&ei=cj09T-O7G4L8ggfzqLGwCA&usg=AFQjCNFNl1hnN_49pJ0QCwCpDa1GtyNg0A)

Souza, J.G., Ferreira, V.R., Oliveira, R.J., & Cestari, C.E. (2011, Janeiro/Março). Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. *Fisioterapia & Movimento*, 24(1), 39-46. Recuperado em 20 novembro, 2011, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-51502011000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502011000100005)

Soyama, C.K., Espassatempo, C.L., Gregio, F.N., & Camargo, Z. (2005). Qualidade vocal na Terceira Idade: parâmetros acústicos de longo termo de vozes masculinas e femininas. *Revista CEFAC*, 7(2), 267-279. Recuperado em 11 dezembro, 2011, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462007000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462007000200013)

Stacheski, D.R., & Massi, G.A.A. Índices sociais de valor: *mass media*, linguagem e envelhecimento. *Interface (Botucatu) [online]*, 15(37), 425-436. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200008&lng=en&nrm=iso)

Strandberg, T.E., Strandberg, A.Y., Pitkälä, K., Salomaa, V.V., Tilvis, R.S., & Miettinen, T.A. (2008, February). Chocolate, well-being and health among elderly men. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62(2), 247-253. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.nature.com/ejcn/journal/v62/n2/full/1602707a.html>

Szanton, S.L., Thorpe, R.J., Boyd, C., Tanner, E.K., Leff, B., Agree, E., et al. (2011, October 21). Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders: A Bio-Behavioral-Environmental Intervention to Improve Function and Health-Related Quality of Life in Disabled Older Adults. *Journal of American Geriatric Society*, 59(12), 2314-2320. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Community%20Aging%20in%20Place%2C%20Advancing%20Better%20Living%20for%20Elders%3A%20A%20Bio-Behavioral-Environmental%20Intervention%20to%20Improve%20Function%20and%20Health-Related%20Quality%20of%20Life%20in%20Disabled%20Older%20Adults>

Tamai, S.A.B. (2010). *Avaliação de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida e no estado de bem-estar em idosos*. Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-21122010-105818/en.php>



Tamai, S.A.B. Paschoal, S.M.P., Litvoc, J., Machado, A.N., Curiati, P.K., Prada, L.F., et al. (2011, Janeiro/Março). Impacto de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida do idoso. *Einstein*, 9(1), 8-13. Recuperado em 20 novembro, 2011, de [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1759-Einsteinv9n1\\_8-13\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1759-Einsteinv9n1_8-13_port.pdf)

Tahan, J. (2009). *Envelhecimento e qualidade de vida: significados para idosos participantes de Grupo de Promoção de Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-24072009-153639/>

Tahan, J., & Carvalho, A.C.D. (2010, outubro/dezembro). Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde & Sociedade*, 19(4), 878-888. Recuperado em 20 novembro, 2011, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000400014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400014)

Tanaka, O.U., & Melo, C.M. (2001). *Avaliação de Programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: EDUSP.

Teixeira, I.N.D.O., & Neri, A.L. (2008, janeiro/março). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19(1), 81-94. Recuperado em 18 janeiro, 2012, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642008000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642008000100010&script=sci_arttext)

Teixeira, M.C., Settembre, F.M., & Leal, S.B. (2007, May) A survey of women's social representations of aging and rejuvenation. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 104-14. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17549883>

Teixeira, M.C.T.V., Nascimento-Schulze, C.M., & Camargo, B.V. (2002). Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de Saúde. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 351-359. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a16v07n2.pdf>

Teixeira, M.C.T.V., Franchin, A.B.B., Durso, F.A, Donati, L.B., Facin, M.M., & Pedreschi, P.T. (2007). Envelhecimento e rejuvenescimento: um estudo de representação social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10(1), 49-71. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232007000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

Teixeira, M.C.T.V., Balão, S.M.S., & Settembre, F.M. (2008, Outubro/Dezembro). Saliência de conteúdos de representação social sobre o envelhecimento: análise comparativa entre duas técnicas associativas. *Revista Enfermagem UERJ*, 16(4), 518-524. Recuperado em 10 agosto, 2012, de [www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a11.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a11.pdf)

Teng, N.I., Shahar, S., Manaf, Z.A., Das, S.K., Taha, C.S., & Ngah, W.Z. (2011, October). Efficacy of fasting calorie restriction on quality of life among aging men. *Physiology & Behavior*, 104(5), 1059-1064. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Efficacy%20of%20fasting%20calorie%20restriction%20on%20quality%20of%20life%20among%20aging%20men.%20Physiology%20%26%20Behav>

The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*,

41(10), 1403-1409. Recuperado em 20 agosto, 2011, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci_arttext)

The WHOQOL-HIV Group (2003). Initial steps to developing the World Health Organization's Quality of Life Instrument (WHOQOL) module for international assessment in HIV/AIDS. *AIDS Care*, 15(3), 347-357. Recuperado em 20 agosto, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12745402>

Thompson, W.K. Charo, L., Vahia, I.V., Depp, C., Allison, M., & Jeste, D.V. (2011, August). Association between higher levels of sexual function, activity, and satisfaction and self-rated successful aging in older postmenopausal women. *Journal of American Geriatric Society*, 59(8), 1503-1508. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Association%20between%20higher%20levels%20of%20sexual%20function%2C%20activity%2C%20and%20satisfaction%20and%20self-rated%20successful%20aging%20in%20older%20postmenopausal%20women>

Tranah, G.J., Blackwell, T., Stone, K.L., Ancoli-Israel, S., Paudel, M.L., Ensrud, K.E., et al. (2011, November). Circadian activity rhythms and risk of incident dementia and mild cognitive impairment in older women. *Annals of Neurology*, 70(5), 722-732. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Circadian%20activity%20rhythms%20and%20risk%20of%20incident%20dementia%20and%20mild%20cognitive%20impairment%20in%20older%20women.%20>

Trentini, C., Wagner, G., Chachamovich, E., Figueiredo, M., da S., L., Hirakata, V., & Fleck, M. (2011, November 29). Subjective perception of health in elderly inpatients. *International Journal of Psychology*. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22124478>

Triviños, A.N.S. (2010). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação* (19ª. reimpr.). São Paulo: Atlas.

Umar, N., Aliyu, M.H., Otado, J., Gillum, R.F., & Obisesan, T.O. (2011). Ethnic-based differences in the association of self-perceived health status and doctor's office utilization: longitudinal study on aging. *Journal of Clinical Interventions in Aging*, 6, 295-301. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ethnic-based%20differences%20in%20the%20association%20of%20self-perceived%20health%20status%20and%20doctor's%20office%20utilization%3A%20longitudinal%20study%20on%20aging>.

Vall Mayans, M. The voice of some caretakers of elderly immigrants (2011, July/August). *Revista de Enfermagem*, 34(7-8), 6-15. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=The%20voice%20of%20some%20caretakers%20of%20elderly%20immigrants%20>

Van Minh, H., Ng, N., Byass, P., & Wall, S. (2011, November 28). Patterns of subjective quality of life among older adults in rural Vietnam and Indonesia. *Geriatrics & Gerontology International*. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Patterns%20of%20subjective%20quality%20of%20life%20among%20older%20adults%20in%20rural%20Vietnam%20and%20Indonesia.%20>

Van Tilburg, M. (2009, October). Tracing sexual identities in “old age”: gender and seniority in advice literature of the early-modern and modern periods. *Journal of Family History*, 34(4), 369-86. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tracing%20sexual%20identities%20in%20old%20age>

Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. B., Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-252. Recuperado em: 20 Novembro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>

Veloz, M.C.T., Nascimento-Schulze, C.M., & Camargo, B.V. (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12, 1-19. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/188/18812215.pdf>

Veras, R. P. (1994). *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Veras, R. P. (2008). *Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS*. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI.

Veras, R. P. (2009, maio/junho). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Saúde Pública*, 43(3), 548-554. Recuperado em 20 maio, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>

Vigeta, S.M., Habhul, H., Tufik, S., & de Oliveira, E.M. (2012 April). Sleep in postmenopausal women. *Qualitative Health Research*, 22(4), 466-75. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-21917564>

Voigt-Radloff, S., Leonhart, R., Schützwahl, M., Jurjanz, L., Reuster, T., Gerner, A., et al. (2011, October 15). Dementia quality of life instrument - construct and concurrent validity in patients with mild to moderate dementia. *European Journal of Neurology*, 19(3), 376-384. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.springerlink.com/content/136246631201531n/>

Wachelke, J.F.R. (2009). Índice de centralidade de representações sociais a partir de evocações (INCEV): exemplo de aplicação no estudo da representação social sobre o envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 102-110. Recuperado em: 10 agosto, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/14.pdf>

Wachelke, J., & Contarello, A. (2010). Representaciones sociales del envejecimiento: diferencias estructurales relacionadas con la edad y el contexto cultural. *Revista Latinoamericana de Psicología [Online]*, 42(3), 367-380. Recuperado em 10 agosto, 2012, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342010000300002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342010000300002)

Wachelke, J., & Contarello, A. (2011). Representações sociais de estudantes italianos sobre o envelhecimento: um estudo exploratório de um sistema representacional. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 24(3), 551-560. Recuperado em 10 agosto, 2012, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722011000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000300016&lng=en&nrm=iso)

Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2, 2-12. Recuperado em 15 setembro, 2011, de <http://www.springerlink.com/content/136246631201531n/>

Walker, R., Luszcz, M., Gerstorf, D., & Hoppmann, C. (2011). Subjective well-being dynamics in couples from the Australian longitudinal study of aging. *Gerontology*, 57(2), 153-160. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Subjective%20well-being%20dynamics%20in%20couples%20from%20the%20Australian%20longitudinal%20study%20of%20aging>

Werngren-Elgström, M., Carlsson, G., & Iwarsson, S. (2009, July/August). A 10-year follow-up study on subjective well-being and relationships to person-environment (P-E) fit and activity of daily living (ADL) dependence of older Swedish adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 16-22. Recuperado em 20 novembro, 2011, de [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=A%2010-year%20follow-up%20study%20on%20subjective%20well-being%20and%20relationships%20to%20person-environment%20\(P-E\)%20fit%20and%20activity%20of%20daily%20living%20\(ADL\)%20dependence%20of%20older%20Swedish%20adults.%20](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=A%2010-year%20follow-up%20study%20on%20subjective%20well-being%20and%20relationships%20to%20person-environment%20(P-E)%20fit%20and%20activity%20of%20daily%20living%20(ADL)%20dependence%20of%20older%20Swedish%20adults.%20)

Wiesmann, U., & Hannich, H.J. (2008, January). A salutogenic view on subjective well-being in active elderly persons. *Aging and Mental Health*, 12(1), 56-65. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=A%20salutogenic%20view%20on%20subjective%20well-being%20in%20active%20elderly%20persons>

World Health Organization (WHO) (1948) Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York: Official Records of the World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2002, April). *Active ageing: a policy framework*. Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid/Spain.

World Health Organization Quality of Life Group – WHOQOL – Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science e Medicine*, 41(10), 1403-1409. Recuperado em 20 julho, 2011, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci_arttext)

Yassuda, M. S., Silva, H. S. (2010). Participação em programas para a terceira Idade: impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 207-214. Recuperado em: 21 Novembro, 2012, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2010000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000200008)

Zaninotto, P., Falaschetti, E., & Sacker, A. (2009, December). Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English Longitudinal Study of Ageing. *Quality of Life Research*, 18(10), 1301-1309. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Age%20trajectories%20of%20quality%20of%20life%20among%20older%20adults%3A%20results%20from%20the%20English%20Longitudinal%20Study%20of%20Ageing.%20>

Zaninotto, P., Pierce, M., Breeze, E., de Oliveira, C., & Kumari, M. (2010, October). BMI and waist circumference as predictors of well-being in older adults: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Obesity (Silver Spring)*, 18(10), 1981-1987. Recuperado em 20 novembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20075853>

## **ANEXOS**

## ANEXO A

## APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 216/2011

**Protocolo CEP-UFJF:** 2466.206.2011 **FR:** 449225 **CAAE:** 0197.0.180.000-11

**Projeto de Pesquisa:** "Saúde, qualidade de vida e bem estar subjetivo em idosos frequentadores do centro de convivência de idosos – PRÓ-IDOSO"

**Area Temática:** Grupo III

**Pesquisador Responsável:** Maria Elisa Caputo Ferreira

**Data prevista para o término da pesquisa:** outubro de 2012

**Pesquisadores Participantes:** Jéssica Sobrinho Teixeira

**Instituição Proponente:** Faculdade de Educação Física e Desportos da Universidade Federal de Juiz de Fora

**Análise do protocolo:**

Itens Avaliados		Sim	Não	P	NA	
Justificativa	O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico	x				
	Objeto de estudo está bem delineado	x				
Objetivo(s)	Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta	x				
	Atende ao(s) objetivo(s) proposto(s)	x				
Material e Métodos	Informa	Tipo de estudo	x			
		Procedimentos que serão utilizados	x			
		Número de participantes	x			
		Justificativa de participação em grupos vulneráveis				x
		Critérios de inclusão e exclusão	x			
		Recrutamento	x			
		Coleta de dados	x			
		Tipo de análise	x			
		Cuidados Éticos	x			
Revisão da literatura	Atuais e sustentam o(s) objetivo(S) do estudo	x				
Resultados	Informa os possíveis impactos e benefícios	x				
Cronograma	Anuncia as diversas etapas de pesquisa	x				
	Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê	x				
Orçamento	Lista a relação detalhada dos custos da pesquisa	x				
	Apresenta o responsável pelo financiamento	x				
Referências	Segue uma normatização	x				
Instrumento de coleta de dados	Preserva o sujeito de constrangimento	x				
	Apresenta pertinência com o(s) objetivo(s) proposto(s).	x				
Termo de dispensa de TCLE	Solicita dispensa				x	
Termo de assentimento de TCLE	Apresenta o termo em caso de participação de menores				x	
TCLE	Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito	x				
	Apresenta justificativa e objetivos	x				
	Descreve suficientemente os procedimentos	x				





UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

	Apresenta campo para a identificação dos sujeitos	x			
	Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao sujeito	x			
	Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o consentimento sem penalidades	x			
	Garante sigilo e anonimato	x			
	Explícita				
	Riscos e desconfortos esperados	x			
	Ressarcimento de Despesas	x			
	Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa	x			
	Forma de contato com o pesquisador	x			
	Forma de contato com o CEP	x			
	Como será o descarte de material coletado (no caso de material biológico)				x
	O arquivamento do material coletado pelo período mínimo de 5 anos	x			
Pesquisador (es)	Apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa	x			
	Apresenta comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.	x			
Documentos	Carta de Encaminhamento à Coordenação do CEP	x			
	Folha de Rosto preenchida	x			
	Projeto de pesquisa, redigido conforme Modelo de Apresentação de Projeto de Pesquisa padronizado pela Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ)	x			
	Declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa	x			

P= parcialmente

NA=Não se aplica

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFJF), de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

**Situação:** Projeto Aprovado  
Juiz de Fora, 17 de novembro de 2011

*Maria Vargas Dias*  
Profa. Dra. Iêda Maria Vargas Dias  
Coordenadora – CEP/UFJF

<b>RECEBI</b>
DATA: ___/___/2011
ASS: _____



## ANEXO B

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa "Saúde, Qualidade de Vida e Bem-Estar subjetivo em idosos frequentadores do centro de convivência de idosos – PRÓ-IDOSO". Neste estudo pretendemos traçar o perfil de idosos frequentadores do centro de convivência do idoso Dona Itália Franco - PRÓ-IDOSO/AMAC, avaliar a saúde, qualidade de vida, bem-estar subjetivo dos mesmos e confrontar com seus discursos sobre essas temáticas.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a importante complexidade e multifatorialidade dos conceitos de saúde, qualidade de vida e bem-estar subjetivo e a necessidade de se confrontar o nível desses elementos com os discursos dos indivíduos que se encontram na velhice.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: aplicação de um questionário de identificação socio-demográfico e a realização de uma entrevista que terá como roteiro questões sobre as temáticas saúde, qualidade de vida e bem-estar subjetivo. Adiante serão aplicados questionários que avaliam saúde, qualidade de vida e bem-estar subjetivo.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF  
JUÍZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900  
FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: JÉSSICA SOBRINHO TEIXEIRA  
ENDEREÇO: RUA SANTO ANTÔNIO, 535/1204, CENTRO  
JUÍZ DE FORA (MG) - CEP: 36015-000  
FONE: (32) 8804-1613 / E-MAIL: JESSICARAMBALDI@BOL.COM.BR



**ANEXO C**  
**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

<b>1. IDENTIFICAÇÃO:</b>		<b>DATA:</b> ___/___/___	
Nome:		1. D/N: ___/___/___	
Bairro:		1. Idade:	
Naturalidade:		2. Sexo: ( )F ( )M	
<b>3. Estado Civil:</b> 1 [ ] Solteiro 2 [ ] Casado/vivendo com parceiro 3 [ ] Viúvo 4 [ ] divorciado/separado		<b>4. Quantas pessoas vivem com o(a) Sr(a) na mesma residência?</b> 1 [ ] Mora só 2 [ ] Só o cônjuge 3 [ ] + filhos 4 [ ] + netos 5 [ ] outros _____	
<b>5. Tem filhos? _____ Quantos? _____</b>			
<b>6. Qual é o seu nível de escolaridade?</b> 1 [ ] Analfabeto 2 [ ] Primário incompleto/completo (até 4ª série) 3 [ ] Ginásial incompleto (da 4ª a menos da 8ª) 4 [ ] Ginásial completo/ colegial incompleto (8ª a Ensino Médio incompleto) 5 [ ] Colegial completo/ Superior incompleto (Ensino Médio até não concluiu faculdade) 6 [ ] Superior completo. Qual? _____		<b>7. Qual é a sua ocupação atual?</b> 1 [ ] Aposentado, mas trabalha. Em quê? _____ 2 [ ] Só aposentado 3 [ ] Só dona de casa 4 [ ] Pensionista 5 [ ] Aposentado e pensionista	
<b>8. Por favor, informe se em sua casa/apartamento existem, e estão funcionando em ordem, os seguintes itens e a quantidade que possui? Itens possuídos: quantidade (não vale utensílios quebrados).</b>			
1. Televisão em cores 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]		.6. Aspirador de pó 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]	
2. Rádio 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]		7. Máquina de lavar 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]	
3. Banheiro 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]		8. Videocassete e/ou DVD 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]	
4. Automóvel 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]		9. Geladeira 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]	
5. Empregada mensalista 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]		10. Freezer - geladeira duplex 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]	
<b>9. Indique qual o grau de instrução do chefe da família?</b>			
1. Analfabeto / Primário incompleto 0 [ ] 2. Primário completo / Ginásial incompleto 1 [ ] 3. Ginásial completo/ Colegial incompleto 2 [ ] 4. Colegial completo / Superior incompleto 3 [ ] 5. Superior completo 5 [ ] Pontuação: _____. Classe econômica: [ ]			
<b>10. Qual a sua renda mensal?</b> Valor: _____ reais ou _____ sal. mín.		<b>11. Há quanto tempo frequenta o Centro de Convivência?</b> _____	
<b>12. De quais atividades você participa no Centro de Convivência?</b> _____			
<b>13. Qual é a sua religião?</b> _____			

## ANEXO D

## WHOQOL-Bref (Fleck et al., 2000)

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com 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	Em que medida você acha que sua dor (física) o impede de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

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

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

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo(a)?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

## ANEXO E

## WHOQOL-Old (Fleck, Chachamovich, &amp; Trentini, 2006)

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

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afetam a sua vida diária?	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?	1	2	3	4	5
old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	1	2	3	4	5
old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	1	2	3	4	5
old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	1	2	3	4	5
old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	1	2	3	4	5
old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5
old_08 O quanto você tem medo de morrer?	1	2	3	4	5
old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	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.

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
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?	1	2	3	4	5
old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	1	2	3	4	5
old_12 Até que ponto você está satisfeito(a) com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	1	2	3	4	5
old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	1	2	3	4	5

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

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	1	2	3	4	5
old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	1	2	3	4	5
old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	1	2	3	4	5
old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	1	2	3	4	5

	Muito Infeliz	Infeliz	Nem Feliz Nem Infeliz	Feliz	Muito Feliz
old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	1	2	3	4	5

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

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	1	2	3	4	5
old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?	1	2	3	4	5
old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?	1	2	3	4	5
old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	1	2	3	4	5

## ANEXO F

**QUESTIONÁRIO *BRAZIL OLD AGE SCHEDULE* – BOAS (Veras, & Silva, 2000)  
– SEÇÕES II E III DE “SAÚDE FÍSICA” E “UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS  
MÉDICOS E DENTÁRIOS**

**11. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:**

1.Ótima	2.Boa	3.Ruim	4.Péssima	8.NS/NR
---------	-------	--------	-----------	---------

**12. Em comparação com os últimos 5 anos, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde hoje é:**

1.Melhor	2.Mesma coisa	3.Pior	8.NS/NR
----------	---------------	--------	---------

**13. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:**

1.Melhor	2.Mesma coisa	3.Pior	8.NS/NR
----------	---------------	--------	---------

**14. Atualmente, o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde? 1.( ) Sim 2.( ) Não 8.( ) N.S./N.R.**

**14a. Quais são os principais problemas de saúde que o(a) Sr.(a) está enfrentando?**

	NA	NS/NR
1) .....	97	98
2) .....	97	98
3) .....	97	98

**14b. Há quanto tempo?**

	MESES	96 MESES OU MAIS	NA	NS/NR
1) .....	.....	96	97	98
2) .....	.....	96	97	98
3) .....	.....	96	97	98

**14c. Este problema de saúde atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer coisas que precisa ou quer fazer?**

1.( ) Sim 2.( ) Não 7.( ) N.S./N.R. 8.( )NA

**15. Por favor, responda se o(a) Sr.(a) sofre de algum destes problemas:**

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Problema nos pés que inibe sua mobilidade (Ex.: joanete, calos, dedos torcidos, unha do pé encravada, etc.)	1	2	8
b. Problemas nas articulações dos braços, mãos, pernas, pés.	1	2	8
c. Falta algum braço, mão, perna, pé.	1	2	8

**15a. O(A) Sr.(a) recebeu alguma ajuda, tratamento de reabilitação ou alguma outra terapia para este problema ? 1. ( ) Sim 2.( ) Não 7.( ) NS/NR 8.( )NA**

**16. O(A) Sr.(a) teve alguma queda(tombo) nos últimos 3 meses?**

1. ( ) Sim 2.( ) Não 8.( )N.S. /N.R

**16a. O(A) Sr.(a) pode se levantar sozinho(a) do chão ?**

1. ( ) Sim 2.( ) Não 7.( )N.A 8.( )N.S./N.R.

**16b. Quanto tempo o(a) Sr.(a) ficou no chão até receber ajuda? ..... minutos**

997. N.A. 998. N.S./N.R.

17. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua visão (com ou sem a ajuda de óculos) está: (Marque apenas uma opção.)

1.Ótima	2.Boa	3.Ruim	4.Péssima
0.(o entrevistado é uma pessoa cega)		8. N.S./N.R.	

17a. Este seu problema de visão atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer as coisas que o(a) Sr.(a) precisa/quer fazer ? 1. ( ) Sim 2.( ) Não 7.( ) N.A. 8.( )N.S./N.R.

18. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua audição (com ou sem a ajuda de aparelhos) está: (Marque apenas uma opção.)

1.Ótima	2.Boa	3.Ruim	4.Péssima	8. N.S./N.R.
---------	-------	--------	-----------	--------------

18a. Este seu problema de audição atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer as coisas que o(a) Sr.(a) precisa/quer fazer ? 1. ( ) Sim 2.( ) Não 1.( ) N.A. 2.( )N.S./N.R.

19. Em geral, qual é o estado dos seus dentes?

1.Ótimo	2.Bom	3.Ruim	4.Péssimo	8. N.S./N.R.
---------	-------	--------	-----------	--------------

20. Está faltando algum dos seus dentes ?

1. Não está faltando dente	2. Poucos dentes estão faltando	3. A maioria ou todos os dentes estão faltando	8. N.S./N.R.
----------------------------	---------------------------------	--	--------------

21. O(A) Sr.(a) tem algum dente postiço, dentadura, ponte...?

1.Sim	2.Não	8.N.S./N.R.
-------	-------	-------------

22. O(A) Sr.(a) tem algum problema de dente que lhe atrapalha mastigar os alimentos?

1.Sim	2.Não	8.N.S./N.R.
-------	-------	-------------

Com o passar da idade, é bastante normal aparecerem alguns. Problemas de bexiga ou intestino. Eu gostaria de lhe fazer duas perguntas sobre este assunto.

23. Aconteceu com o senhor de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente; seja porque não deu tempo de chegar ao banheiro, ou quando está dormindo; ou quando tosse ou espirra, ou faz força?

1.Sim	2.Não	8.N.S./N.R.
-------	-------	-------------

23a. Com que frequência isso acontece?

Uma ou duas vezes por dia	Mais de duas vezes por dia
Uma ou duas vezes por semana	Mais do que duas vezes por semana
Uma ou duas vezes por mês	Mais de duas vezes por mês
N.A.	N.S./N.R.

24. Observação do entrevistador: há sinais de incontinência? (cheiro de urina)

1. Sim 2. Não

Agora, eu gostaria de lhe perguntar sobre os serviços médicos que o(a) Sr.(a) tem direito de usar.

25. Quando o(a) Sr.(a) está doente ou precisa de atendimento médico, onde vai ou a quem o(a) Sr.(a) normalmente procura? Marque apenas uma alternativa. Se 0.(Ninguém), faça a pergunta 25a.; se 1,2,3,4 ou 8, vá para Q.26 e marque N.A. na Q.25a.

Nome de onde ou a quem procura .....

- 0. Ninguém ou o entrevistado não procura o médico há muito tempo.
- 1. Serviço médico de uma instituição pública gratuita.
- 2. Serviço médico credenciado pelo seu plano de saúde
- 3. Médicos/Clínicas particulares
- 4. Outros (especifique) .....8. N.S./N.R.

**25a. O(A) Sr.(a) não procura um médico há muito tempo porque não precisou ou porque tem dificuldade para ir ao médico? Que dificuldade?**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NA</b>	<b>NS/NR</b>
0. Porque não precisou	1	2	7	8
1. Dificuldade de locomoção/transporte	1	2	7	8
2. Dificuldade de acesso/demanda reprimida	1	2	7	8
3. Dificuldade financeira para pagar	1	2	7	8
4. Porque não tem ninguém para levar	1	2	7	8
5. Porque tem medo de ir ao médico	1	2	7	8
6. Por outra razão(especifique) .....	1	2	7	8

**26. O(A) Sr.(a) está satisfeito com os serviços médicos que utiliza normalmente?**

1. Sim	2. Não	3. Não utiliza serviços médicos ou não precisa consultar médico há muito tempo.	8. N.S./N.R.
--------	--------	---	--------------

**26a. Em geral, quais os problemas que mais lhe desagradam quando o(a) Sr.(a) utiliza os serviços médicos? Não leia para o entrevistado as alternativas listadas.**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NA</b>	<b>NS/NR</b>
1. O custo dos serviços médicos.	1	2	7	8
2. O custo dos medicamentos que são prescritos.	1	2	7	8
3. Os exames clínicos que são prescritos.	1	2	7	8
4. A demora para a marcação das consultas/exames.	1	2	7	8
5. O tempo de espera para ser atendido(a) no consultório.	1	2	7	8
6. O tratamento oferecido pelos médicos.	1	2	7	8
7. O tratamento oferecido pelo pessoal não médico.	1	2	7	8
8. Outros problemas (especifique) .....	1	2	7	8

**28. Nos últimos três meses, o(a) Sr. (a):**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NS/NR</b>
a. Consultou o médico no consultório ou em casa.	1	2	8
b. Fez exames clínicos.	1	2	8
c. Fez tratamento fisioterápico.	1	2	8
d. Teve de ser socorrido(a) na Emergência.	1	2	8
e. Foi ao hospital/clínica para receber medicação.	1	2	8
f. Esteve internado(a) em hospital ou clínica.	1	2	8
g. Foi ao dentista.	1	2	8



**28a. Dos serviços acima, qual (is) o(a) Sr.(a) utilizou mais de uma vez?**

Repita para o entrevistado apenas os itens citados na pergunta acima como utilizados. Para os não utilizados, marque NA.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Consultou o médico no consultório ou em casa.	1	2	7	8
2. Fez exames clínicos.	1	2	7	8
3. Fez tratamento fisioterápico.	1	2	7	8
4. Teve de ser socorrido(a) na Emergência.	1	2	7	8
5. Foi ao hospital/clínica para receber medicação.	1	2	7	8
6. Esteve internado em hospital ou clínica.	1	2	7	8
7. Foi ao dentista.	1	2	7	8

**29. O(A) Sr.(a) normalmente usa:**

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Dente postiço, dentadura, ponte.	1	2	8
b. Óculos ou lente de contato.	1	2	8
c. Aparelho de surdez.	1	2	8
d. Bengala.	1	2	8
e. Muleta.	1	2	8
f. Cadeira de rodas.	1	2	8

**29a. Atualmente, o(a) Sr.(a) está precisando ter ou trocar:**

	SIM	NÃO	NS/NR
1. Dente postiço, dentadura, ponte.	1	2	8
2. Óculos ou lentes de contato.	1	2	8
3. Aparelho de surdez.	1	2	8
4. Bengala.	1	2	8
5. Muleta.	1	2	8
6. Cadeira de rodas.	1	2	8
7. Outros (especifique) .....	1	2	8

**30. O(A) Sr.(a) toma remédio? 1. ( )Sim 2.( )Não 8. N.S./N.R.**

**30a. Que remédios o(a) Sr.(a) está tomando atualmente?** Se nenhum, vá para a Q. 31 e marque NA nas Qs. 30b. e 30c.

	NA	NS/NR
1) .....	97	98
2) .....	97	98
3) .....	97	98

**30b. Quem receitou?**

	NA	NS/NR
1) .....	97	98
2) .....	97	98
3) .....	97	98

**30c. Em geral, quais são os problemas ou as dificuldades mais importantes que o(a) Sr.(a) tem para obter os remédios que toma regularmente?**

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Problema financeiro.	1	2	7	8
2. Dificuldade de encontrar o remédio na farmácia.	1	2	7	8
3. Dificuldade em obter a receita de remédios controlados.	1	2	7	8
4. Outro problema ou dificuldade	1	2	7	8

(especifique).....				
7. N.A.	1	2	7	8
8. N.S./N.R.	1	2	7	8

**31. No caso de o(a) Sr.(a) ficar doente ou incapacitado(a), que pessoa poderia cuidar do(a) Sr.(a)?**

0. Nenhuma	1. Esposo(a) / companheiro(a)	2. Filho	3. Filha
4. Outra pessoa da família	5. Outra pessoa de fora da família (indique qual).....	8. N.S./N.R.	

**ANEXO G****SAÚDE AUTORREFERIDA****Você diria que a sua saúde é:**

<b>Muito boa</b>	<b>Boa</b>	<b>Razoável</b>	<b>Ruim</b>	<b>Muito ruim</b>
----------------------	------------	-----------------	-------------	-----------------------

## ANEXO H

## ESCALA PARA AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO NA VIDA (Liberalesso, 2002)

## SAÚDE PERCEBIDA

		RUIM	MAIS OU MENOS	BOA
1	Como é a sua saúde de modo geral?	( )	( )	( )
2	Como é a sua saúde, em comparação com as outras pessoas da sua idade?	( )	( )	( )

## SAÚDE GLOBAL COM A VIDA

		POUCO	MAIS OU MENOS	MUITO
3	O(A) Sr(a) está satisfeito(a) com a sua vida?	( )	( )	( )
4	Comparando-se com outras pessoas que a sua idade, o(a) Sr(a) diria que está satisfeito(a) com a sua vida?	( )	( )	( )

## SATISFAÇÃO REFERENCIADA A DOMÍNIOS E À COMPARAÇÃO SOCIAL

hx		POUCO	MAIS OU MENOS	MUITO
5	O(A) Sr(a) está satisfeito(a) com a sua saúde?	( )	( )	( )
6	O(A) Sr(a) está satisfeito(a) com a sua memória para fazer e lembrar as coisas do dia?	( )	( )	( )
7	O(A) Sr(a) está satisfeito(a) com a sua capacidade para fazer e resolver as coisas de todo dia?	( )	( )	( )
8	O(A) Sr(a) está satisfeito(a) com a suas amizades?	( )	( )	( )
9	O(A) Sr(a) está satisfeito(a) com a ajuda que recebe das outras pessoas para cuidar das suas coisas do dia a dia?	( )	( )	( )
10	O(A) Sr(a) está satisfeito(a) com os cuidados que recebe dos outros em relação à sua saúde?	( )	( )	( )
11	O(A) Sr(a) está satisfeito(a) com a atenção e com o carinho que recebe das pessoas com quem convive?	( )	( )	( )
12	O(A) Sr(a) está satisfeito(a) com seu ambiente (clima, barulho, poluição, atrativo)?	( )	( )	( )
13	O(A) Sr(a) está satisfeito(a) com a sua capacidade para o trabalho?	( )	( )	( )
14	O(A) Sr(a) está satisfeito(a) com as condições do local onde mora?	( )	( )	( )
15	O(A) Sr(a) está satisfeito(a) com o seu acesso aos serviços de saúde?	( )	( )	( )
16	O(A) Sr(a) está satisfeito(a) com seu meio de transporte?	( )	( )	( )

## **ANEXO I**

### **ENTREVISTA**

1) Para o(a) Sr(a) o que é Qualidade de Vida?

2) Para o(a) Sr(a) o que é Saúde?

3) Para o(a) Sr(a) o que é Bem-Estar?