



FACULDADE DE CIÊNCIA DA SAÚDE – FACS
CURSO: PSICOLOGIA
DISCIPLINA: MONOGRAFIA ACADÊMICA
PROFESSORA ORIENTADORA: CIOMARA

**O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO
E A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO**

Maria Fernandes Pereira
2034421/0

Brasília/DF, novembro de 2007

MARIA FERNANDES PEREIRA

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Monografia apresentada como requisito
para conclusão do curso de Psicologia do
UniCEUB – Centro Universitário de
Brasília.

Prof. (a) orientador (a): Ciomara
Schneider

Brasília/DF, novembro de 2007



FACULDADE DE CIÊNCIA DA SAÚDE – FACS
CURSO: PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Orientadora: Ciomara Schneider

1ª avaliadora: Maria Cristina Loyola dos Santos

2ª avaliadora: Izane Nogueira de Menezes

A menção final obtida foi:

Brasília/DF, novembro de 2007

“Desejo que você, sendo jovem, não amadureça depressa demais e, sendo maduro, não insista em rejuvenescer, e que sendo velho, não se dedique ao desespero. Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e é preciso que eles escorram entre nós.”

Victor Hugo (1802-1885)

AGRADECIMENTOS

A Deus, razão da minha existência...

Aos meus queridos pais, pelo carinho e dedicação. Em especial a minha mãe (in memória) por ter sido um exemplo de vida... uma mulher dócil, gentil e verdadeira, que não pode dar riqueza aos filhos mas que deixou para eles o maior tesouro: o amor.

Aos meus irmãos, pessoas essenciais em minha vida... amigos de todas as horas e companheiros inseparáveis. Todos caminharam comigo em busca da realização de mais um sonho, que com tanto cuidado e amor pude concretizar.

Aos meus sobrinhos e afilhadas pelo abraço amigo, o olhar fraterno e carinhoso. A cada sorriso eu ganhava forças para continuar, mesmo tropeçando e caindo, ali estavam sempre para levantar-me e caminhar comigo.

Aos amigos Gilson, Elena, Hugo, Beatriz e Dália pelo incentivo e apoio à realização deste trabalho. Quando Deus os colocou em minha vida, com certeza estava certo de que seriam muito especiais e importantes para o meu crescimento.

As entrevistadas pela disposição, possibilitando assim a concretização deste trabalho acadêmico.

A minha orientadora pelo carinho e atenção. Com certeza suas correções foram fundamentais para o bom andamento do meu trabalho e a concretização deste.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram para que eu pudesse chegar ao final desta trajetória com êxito, ampliando assim meus conhecimentos.

RESUMO

A presente monografia teve como objetivo verificar a possibilidade de viver a velhice com qualidade de vida. O interesse pelo tema surgiu a partir do desejo em se conhecer as razões que levam alguns idosos encararem a velhice com entusiasmo e saúde, enquanto outros vivem apáticos, com inúmeras doenças e sem nenhuma expectativa de vida. Além disso, busca-se compreender como os idosos constroem o seu conceito de ser velho, quais suas atitudes diante da velhice, como estão lidando com seu próprio envelhecimento e que propostas porventura possam ter para a questão do envelhecimento. Estas questões podem ser de grande contribuição para o enfrentamento deste problema que tem tanta relevância no mundo atual. Foi então, que se compreendeu a necessidade de um estudo teórico acerca do tema em questão, a fim de se obter uma maior compreensão deste processo em relação às situações de afastamentos das atividades funcionais e desprezo. Para tanto, a fim de abordar essa temática, este trabalho foi composto da seguinte maneira: No capítulo I, descreveu-se o começo da velhice, dando ênfase ao envelhecimento cultural, psicológico e social. Além disso, pontuou-se sobre as representações sociais, sobretudo as representações sociais na velhice. No capítulo II, delineou-se sobre o método utilizado para o desenvolvimento deste trabalho, dando ênfase à abordagem qualitativa. Por fim, no capítulo III, será realizada a construção das informações acerca da pesquisa, ou seja, neste capítulo são abordadas as discussões em torno do tema.

Palavras-chaves: velhice, qualidade de vida, envelhecimento.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 06 |
| CAPÍTULO 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 09 |
| 1.1. VELHICE: QUANDO COMEÇA..... | 09 |
| 1.2. ENVELHECIMENTO – CULTURAL, BIOLÓGICO E PSICOLÓGICO | 12 |
| 1.3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS | 16 |
| 1.3.1. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA VELHICE | 19 |
| 1.4. ASPECTOS GERAIS DA QUALIDADE DE VIDA..... | 23 |
| 1.4.1. A QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE | 26 |
| CAPÍTULO 2. O MÉTODO DA PESQUISA | 31 |
| 2.1. EPISTEMOLOGIA QUALITATIVA..... | 31 |
| 2.2. LOCAL..... | 33 |
| 2.3. PARTICIPANTES | 33 |
| 2.4. INSTRUMENTOS | 33 |
| 2.5. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS | 34 |
| 2.6. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS | 35 |
| CAPÍTULO 3. DISCUSSÃO DOS DADOS..... | 36 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 50 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 54 |
| APÊNDICE 1..... | 57 |
| APÊNDICE 2..... | 58 |

INTRODUÇÃO

Procedimentos clínicos e sociais apresentam idêntica dificuldade em definir o ingresso na velhice. Se para uns a idade da aposentadoria define o início, para outros é arbitrariamente aos 60 ou 75, sendo também para outros a aparição dos primeiros prenúncios de dependência. Sendo assim, como então determinar o período do ingresso na velhice?

A legislação brasileira bem como, autores como Simões (1998), Jung (2000), Mascaro (2004), Néri (1991), dentre outros, contrapõem as opiniões quanto ao marco de ingresso da velhice. Entretanto, neste trabalho terá como respaldo a teoria de Néri, que considera a idade acima dos 60 o marco da velhice.

Diante disso, muitas pessoas, até mesmo as ainda não-idosas, vivenciam circunstâncias duvidosas causadas pela longevidade cada vez maior do homem. Dentre essas circunstâncias encontra-se a vontade de viver cada vez mais e, além disso, o receio em viver em meio à inaptidão e à falta de autonomia. É fato, que o aumento da idade soma à oportunidade de surgimentos de enfermidades e de danos na funcionalidade corporal, emocional e social (Paschoal, 2002).

Segundo este mesmo autor, muitos anos vivenciados podem significar anos de amargura para as pessoas e seus familiares; anos marcados por enfermidades com conseqüências, decadência funcional, aumento da dependência, prejuízo na autonomia e afastamento social acompanhado de desânimo.

O envelhecimento é um processo fisiológico, sujeito a alterações biológicas, psicológicas e sociais resultantes de diversos fatores, como genéticos, os relacionados ao estilo de vida e as doenças crônicas. É ainda um processo contínuo, durante o qual ocorrem

declínios progressivos de todos os processos fisiológicos, modificando a saúde e a vida das pessoas (Mascaro 2004).

O envelhecimento saudável passa a ser então, resultante da relação entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Se os indivíduos conseguirem envelhecer preservando pelo maior tempo possível a sua autonomia e independência, as dificuldades serão menores para eles, para suas famílias e para a sociedade. A manutenção da capacidade funcional e autonomia no idoso são fatores fortemente associados a sua qualidade de vida e saúde (Rolim e Forti, 2004).

Sendo assim, neste trabalho será abordado o tema qualidade de vida na velhice, objetivando verificar se é possível viver a velhice com qualidade de vida, por meio dos aspectos relacionados ao início da velhice, dos seus aspectos gerais, dos fatores relacionados ao processo de envelhecimento, bem como da percepção que os idosos têm sobre qualidade de vida. Para tanto, a problemática levantada foi saber como vivenciar a velhice com qualidade de vida.

Dessa forma, escolheu-se o presente tema, em razão do desejo de se conhecer as razões que levam alguns idosos encararem a velhice com entusiasmo e saúde, enquanto outros vivem apáticos, com inúmeras doenças e sem nenhuma expectativa de vida. Além disso, busca-se compreender como os idosos constroem o seu conceito de serem velhos, quais suas atitudes diante da velhice, como estão lidando com seu próprio envelhecimento e que propostas porventura possam ter para a questão do envelhecimento. Estas questões podem ser de grande contribuição para o enfrentamento deste problema que tem tanta relevância no mundo atual.

Para a efetivação deste trabalho, utilizou-se a pesquisa qualitativa, visto que o foco de interesse é a construção do conceito humano, dentro de uma concepção dialética do homem como ser histórico.

Portanto, a importância desta pesquisa, encontra-se alicerçada no sentido de dar objetividade à possibilidade de passar pela velhice com qualidade de vida.

Dessa forma, parte-se do óbvio de que uma das características da velhice que mais assusta, é a decadência dos órgãos e do corpo, que por sua vez, remete-se à morte. Como o envelhecimento é uma realidade com a qual todos convivem, pode não agradar em razão dos efeitos que ele traz. Neste sentido, Simone de Beauvoir, em seu livro *A velhice*, ressalta que, só existe uma alternativa para não envelhecer, que é morrer prematuramente (Mascaro, 2004).

Assim sendo, no capítulo I, à luz da perspectiva teórica, ressalta-se o começo da velhice, dando ênfase ao envelhecimento cultural, psicológico e social. Além disso, pontuou-se sobre as representações sociais, sobretudo as representações sociais na velhice. E por fim, foi enfatizado o assunto culminante deste trabalho, que são os aspectos gerais da qualidade de vida, bem como a qualidade de vida na velhice.

No capítulo II, pontua-se sobre o método utilizado para o desenvolvimento deste trabalho, dando ênfase à abordagem qualitativa. Por fim, no capítulo III, será realizada a construção das informações acerca da pesquisa, ou seja, neste capítulo descreve as discussões e os resultados da pesquisa.

CAPITULO 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

"Envelhecer com dignidade é saber perceber o momento certo em que devemos, aos poucos, nos retirarmos da vida trepidante da ação para descobrir os novos prazeres da reflexão" (LEA MARIA).

1.1 VELHICE: QUANDO COMEÇA?

Quando se dá início ao estudo sobre envelhecimento, uma das questões defrontadas é determinar quando inicia a velhice, ou seja, com que idade considera-se que está velho e quais as peculiaridades fundamentais deste período de vida? A demanda da demarcação do marco cronológicos da velhice é uma inquietação remota, uma vez que se tem conhecimento de diversos pesquisadores deste assunto.

No entendimento legal, o Estatuto do Idoso é estabelecido com o intuito de “ajustar os direitos garantidos às pessoas com idade igual ou superior a (60) sessenta anos” (Brasil, 2003). O Código Civil Brasileiro não aborda o assunto espontaneamente, uma vez que em seu artigo 1.641, aborda o envelhecimento de forma indireta quando pontua que “é obrigatório o regime da separação de bens no casamento (...) da pessoa maior de sessenta anos” (Brasil, 2002).

A legislação brasileira na Lei 10.173 de janeiro de 2001, determina no seu artigo 1211-A que “os procedimentos judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos terão prioridade na tramitação de todos os atos e diligências em qualquer instância.” (Brasil, 2001).

O Estatuto do Idoso do Distrito Federal, Lei 1.547, institui no seu artigo 3º que “considera-se idoso (...) a pessoa maior de sessenta anos” (Brasil, 2001).

Simões (1998) expõe que a Organização Mundial de Saúde – OMS (1999/2000) pondera que o envelhecimento ocorre em quatro períodos: meia-idade, que abrange indivíduos entre 45 e 59 anos de idade; idosos, indivíduos entre 60 e 74 anos, anciões, indivíduos entre 75 e 90 anos e velhice extrema, indivíduos com mais de 90 anos de idade.

Segundo a ONU (Organizações das Nações Unidas), os indivíduos acima de 60 anos são avaliados como idosos. Na terceira idade existem dois subgrupos, sendo que no primeiro descreve sobre as mulheres em geral; no segundo descreve sobre o velho e ao senil; o senil depara-se em uma categoria adiantada de desgaste de suas capacidades, o velho é “obrigado” a se separar de seus afazeres transferindo seu posto para jovens que se acham entrando no mercado de trabalho, tendo dessa forma, que poupar para si, toda sua potencialidade. A maioria dos idosos que por toda vida trabalharam, podem deparar com certa dificuldade em se acomodar à aposentadoria, uma vez que são indivíduos ativos que se afugentaram do mercado de trabalho em virtude do período de serviço e em consequência disso foram obrigados a modificar seu estilo de vida ocasionando, por conseguinte certas desilusões e frustrações, chegando muitas vezes a prejuízos não só materiais, mas também sociais e psicológicas.

Em seus estudos, Jung (2000) aponta para estatísticas que corroboraram que a velhice, de maneira até inconsciente, se sugere como indicativos indiretos a partir dos 35 anos para a mulher e 40 anos para os homens. A partir deste período começam a ocorrer mudanças de caráter e desalentos mentais que culminam com modificações mais intensas por volta dos 50 anos, como se a própria existência em seus princípios deparassem sob iminência, e com isso recomenda que aquele que não foi competente para livrar-se da infância não se está pronto para deixar a mocidade, por temer a velhice.

Mascaro (2004) descreve que a determinação da idade em que se inicia a velhice é cultural, histórica e depende de diferentes situações sociais, uma vez que existem sociedades em que a velhice começa aos 70 anos, no entanto em outras a pessoa pode ser considerada

velha aos 40 anos. Mencionando exemplos de indivíduos que aos 80 anos estão perfeitamente agregadas à sociedade, satisfeitos e alegres. Da mesma forma fala-se de indivíduos que aos 50 ou 60 anos estão adoentados, deprimidos e desajustados.

No que diz respeito à não-percepção do advento da velhice, Simone de Beauvoir, (citada em Mascaro, 2004) descreve que o envelhecimento chega com maior clareza primeiramente aos olhos dos outros, depois aos olhos do próprio velho.

Aplicar-se a expressão “idoso” com o propósito de escapar de insinuações depreciativas que a terminação “velho” poderia gerar, visto que avalia-se que o idoso necessita ser considerado e abastecido de acolhimento necessário para que possa deleitar-se de grande bonança nessa fase da vida a qual se encontra (Mascaro, 2004).

Guimarães (citado em Linhares, 2003) pontua que aspectos hormonais, por volta dos 30 anos, dão início à ação do envelhecimento, garantindo ser uma falácia discorrer que o envelhecimento se começa no nascimento.

Segundo Néri e Wagner, (citados em Néri, 1991) existem averiguação agregando a velhice a um “estado de espírito”, levando deduzir que o advento da velhice acarreta mudanças de outra natureza, distintas das mudanças corporais originadas pelo envelhecimento. Néri (1991) ainda oferece indícios de que a classificação referente à idade quando são realizadas a partir da comparação entre jovens e velhos demonstra ser inconveniente em relação ao velho, bem como as críticas negativas são mais rígidas nesta situação, do que se indagado isoladamente aos jovens.

Diante do contexto, verifica-se que as averiguações de Néri (1991), sugerem no entendimento quantitativo 10,31% dos indivíduos de uma pesquisa que desempenhou, consideravam o sujeito velho a partir dos 60 anos. Para 27,8%, a velhice somente tem início a partir dos 70 anos. No entanto para a maioria dos entrevistados (30,3%) a velhice é um “estado de espírito”, resposta com maior constância deparada entre os mais jovens, de idades

entre 13 e 24 anos. A velhice como um estado de espírito, do mesmo modo, foi pautada aos coeficientes de escolaridade mais elevado.

Néri (1991) pontua ainda que estudiosos brasileiros publicaram uma imprecisão quanto ao começo da velhice, uma vez que os respondentes às suas averiguações condicionam o envelhecimento a fatores como saúde, gênero, aposentadoria e nível econômico.

Apesar da velhice não ser bem definida em termos de cronologia ou idade de vida, Mascaro (2004) aborda os “marcos de idade”; remontado à Idade Média quando alguns autores referiam-se às fases da vida, falando da infância e puerilidade, juventude e adolescência, velhice e senilidade, como se uma fase da vida estivesse obrigatoriamente vinculada à característica que a seguia.

A demarcação da idade em que inicia a velhice é contestável, uma vez que esta é considerada como saldo de edificações contextuais, ou seja, depende do meio cultural, social e histórico onde a pessoa organiza suas opiniões.

Entretanto, no presente trabalho, considerará a velhice cronológica, indivíduos acima de 60 anos de idade, por estar de acordo com a abordagem de Néri (1991) e Estatuto do Idoso (Brasil, 2002).

1.2 ENVELHECIMENTO – CULTURAL, BIOLÓGICO E PSICOLÓGICO.

Olds e Papalia (2000) trazem as diferentes fases da vida estabelecidas por mudanças quantitativas, as que falam-se de mudanças de altura ou peso, por exemplo, e as mudanças qualitativas, estas abordam as aquisições de conhecimento, que é a aprendizagem.

Para Olds e Papalia (2000) o desenvolvimento está sujeito a muitas influências, em meio a estas alistam as influências normativas como caracterizadoras de determinadas fases da vida, ou seja, um fato é normativo quando acontece de modo análogo para um grande

número de pessoas em determinado grupo. Dessa forma, as influências normativas etárias são semelhantes para uma determinada faixa de idade e abrange eventos biológicos, como a puberdade e a menopausa e culturais, como o ingresso na educação formal e aposentadoria.

O envelhecimento pode ter várias dimensões: cronológica, social, biológica, psicológica. Segundo Mascaró (2004) o envelhecimento cronológico tem como referência a idade do indivíduo e é definido por sua data de nascimento. O envelhecimento biológico refere-se às mudanças fisiológicas, anatômicas, hormonais e bioquímicas, perda de capacidades e habilidades, referindo-se ao corpo como uma máquina que se desgasta e perde função. A idade biológica é determinada pela genética e pelo ambiente. Entretanto, este nem sempre coincide com o envelhecimento cronológico. Ainda que segundo Néri (2004) o envelhecimento do ponto de vista cronológico é um indicador de velhice extremamente grosseiro, visto ter definido envelhecimento com algo multidimensional, é o principal critério usado para a determinação das categorias etárias.

O envelhecimento social, ainda de acordo com Mascaró (2004), relaciona-se às normas, crenças estereótipos e eventos sociais que são definidos diferentemente de acordo com a idade cronológica, em consonância com o que dizem Olds e Papalia (2000) a respeito de mudanças qualitativas e influências normativas do tipo etárias. Tais normatizações definem o tempo certo para fazer determinadas coisas, como por exemplo, ir para a escola, casar, aposentar-se, usar um determinado tipo de roupa e não outro, entre diversas outras normas estabelecidas cultural e socialmente: é o que Néri (2004) denomina de “relógios sociais”. O que não quer dizer que não existam os diferentes, os que ousam ir contra as normas e resolvam “fazer coisas que não são para a sua idade”: são os pioneiros de mudanças. Tais “pioneirismos” refletem-se em custo, carregando consigo a possibilidade de inadaptação e desajustamentos, não foram encontradas pesquisas confirmando esta assertiva, portanto sugere-se que este seja um tema para outras investigações.

A despeito das considerações acima, segundo Mascaro (2004), a sociedade considera idosa a pessoa que está se afastando do trabalho, mas a saúde física e mental são indicadores de que a pessoa está entrando na velhice.

Para Haddad (1986) são os padrões culturais que dimensionam as idades e fornece critérios para a sociedade legitimar as faixas etárias e, conseqüentemente, a velhice. Tendo avaliado o envelhecimento baseando em duas ordens de discurso: a da ciência e a do Estado. A primeira divulgando a velhice por aspectos biológicos, psicológicos, sociais e econômicos. A segunda se divulga por decretos, leis e portarias e se preocupa com o idoso, sobretudo pela demandas da previdência social.

Além das considerações a respeito da idade em que a velhice começa, é interessante tecer algumas idéias sobre os diferentes tipos de envelhecimento. A literatura trata de três tipos de envelhecimento: normal, saudável e patológico. Além disso, Olds e Papalia (2000) descrevem sobre envelhecimento bem-sucedido ou ideal.

Olds e Papalia (2000) enfatizam a discordância entre os pesquisadores para definir envelhecimento bem-sucedido ou envelhecimento ideal. Pois diversos são os parâmetros utilizados por diferentes pesquisadores o que só reforça a controvérsia. Há investigadores que analisam medidas físicas para avaliar o bom desempenho no envelhecimento, entretanto como bem lembram Olds e Papalia (2000), bons resultados em testes físicos, que meçam desempenho de coração, pulmão ou taxa sanguíneas não refletem necessariamente êxito no processo do envelhecimento. Da mesma forma, a avaliação subjetiva do sujeito, investigações a respeito de atingimento de metas pessoais ou seu nível de satisfação pessoal ou, ainda, a capacidade de aprendizagem em idade longeva também não representam necessariamente êxito na vida. As autoras mostraram que cada uma dessas facetas de análise estão carregadas de juízos de valor.

Na tentativa de analisar a questão do envelhecimento de modo isento, Olds e Papalia (2000) apresentam as teorias do desencargo e da atividade, ancoradas em pesquisas sobre o envelhecer bem. Segundo a teoria do desencargo o envelhecer bem traz uma gradual redução do nível de atividade, maior preocupação consigo mesmo e menor envolvimento social. Já a teoria da atividade prega que quanto mais ativa for a pessoa melhor será seu envelhecimento. A teoria do desencargo encontra eco na teoria do desengajamento proposta pela gerontologia, quando espaço de trabalho e de papéis sociais deve ser desocupado para dar espaço aos jovens. A teoria da atividade tem sido muito mais influente, pois a manutenção dos papéis sociais conquistados e a conquista de outros é fonte de satisfação por toda a vida. Esta teoria dá sustentação a muitos dos programas governamentais ou ainda de entidades não-governamentais de atenção ao idoso.

O envelhecimento normal em oposição ao envelhecimento patológico tem sua explicação na compreensão da diferença entre senescência e senilidade. O envelhecimento traz modificações de ordem fisiológica, psíquicas e sociais. Tais modificações começam a se mostrar a partir dos 40 anos, como já sugere Jung (2000).

Segundo Mascaro (2004) há um declínio do funcionamento dos órgãos sem, entretanto, comprometer as atividades rotineiras do indivíduo: a este processo natural do envelhecimento denomina-se senescência. Já ao surgimento de doenças, tanto de ordem física como psicológica, como resultado do declínio natural das funções fisiológicas ou psíquicas a literatura classifica de envelhecimento patológico. Porém mais do que o surgimento de doenças reais nos velhos, o preconceito construído socialmente, através dos meios de comunicação, escolas, valores familiares e sociais de que o envelhecimento é sinônimo de doença e incapacidades é o que mais afasta o sujeito que envelhece do bom envelhecimento, visto que doenças em qualquer idade podem ser tratadas e prevenidas.

1.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Para se compreender como ocorre a construção do envelhecer em nossa sociedade é preciso conhecer como são as representações sociais, como elas se estruturam e permeiam o conceito de envelhecer.

As relações sociais, segundo Guareschi e Jovchelovitch (1995), são de dois tipos: as relações de dominação e as relações comunitárias. Para que sejam compreendidas as relações comunitárias, antes é preciso que se fale sobre o que é uma comunidade. Comunidade é uma associação em que as relações são pães de sentimentos e respeito mútuo, onde cada membro participa profundamente com que lhe é individual e singular, com o que é e não com o que tem. São relações que pressupõem igualdade, onde o indivíduo participa, dando sua contribuição na medida do que tem para contribuir. Já as relações de dominação pressupõem assimetria, desigualdade e injustiça, que também criam significados e sentidos para os indivíduos, onde as relações pressupõem poder de alguns sobre os demais. Entretanto, ambas são palco para a elaboração dos saberes populares, das crenças e dos costumes de um grupo social.

As Ciências Sociais chamam de representações sociais, os saberes populares, crenças, senso-comum elaborados e partilhados coletivamente, e que são organizados com o intuito de compreender o real e torná-lo familiar. Por apresentar uma perspectiva lógica e histórica e, por conseguinte, transformadora essas representações sociais, segundo Oliveira e Werba (2002), são dinâmicas e transformam o meio em que vivem e são modificados por elas.

Segundo Jodelet (citado em Oliveira & Werba, 2002, p. 22) as representações sociais “são uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Já para Semin (citado em Profice, 2007), que se vale de uma definição de Moscovici, as

representações sociais “são entidades quase tangíveis. Elas circulam, entrecruzam-se e cristalizam-se sem cessar por meio de uma fala, um gesto, um encontro, no universo cotidiano do ser humano.” A maioria das relações sociais estabelecidas, dos objetos produzidos ou consumidos, das comunicações trocadas, está impregnada delas.

Como é sabido, elas obedecem, por um lado, à substância simbólica que ingressa na elaboração e, por outro, ao exercício que produz a dita substância, assim como a ciência ou os mitos correspondem a uma prática científica e mítica.

Para Minayo (citado em Guareschi & Jovchelovitch, 1995, p.34), representações sociais “é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou no conteúdo do pensamento”, explicando-as, justificando-as ou, mesmo, as questionando.

Durkheim (citado em Guareschi e Jovchelovitch, 1995) foi o primeiro pesquisador a utilizar a expressão representações sociais, usando-a com o sentido de representações coletivas. Para Durkheim representações coletivas são as categorias de pensamento pelas quais as sociedades se expressam e se constroem. Estas construções não existem aprioristicamente, também não são universais na consciência, mas surgem a partir de eventos sociais, que em si são fatos sociais. Tais fatos sociais podem ser observados e interpretados.

Entretanto, segundo Durkheim (citado em Guareschi & Jovchelovitch, 1995) é a sociedade que, organismo vivo, pensa. Não sendo os indivíduos conscientes destas produções do seu grupo social. É como se as sociedades tivessem vida autônoma, independentemente dos sujeitos que a compõem, sendo causa e consequência de seus próprios fatos sociais.

Para Max Weber (citado em Guareschi & Jovchelovitch, 1995) as representações sociais são concebidas pela perspectiva da conduta cotidiana de seus indivíduos, sendo, porém, impregnada de significações culturais. Concebendo-as muito mais pelos juízos de

valores dos sujeitos envolvidos. Entretanto, Weber não descarta a idéia de que interesses econômicos possam governar a formação das idéias, tanto ou mais que a cultura. Considerando, no entanto, a ação humana sempre significativa e merecedora de investigação.

Tanto Weber, quanto Durkheim reconhecem a importância da compreensão das idéias para a configuração da sociedade, embora entendessem que as conjunturas sócio-econômicas fossem bastante relevantes para a construção de seus saberes, costumes e práticas (Guareschi & Jovchelovitch, 1995).

Schutz (citado em Guareschi & Jovchelovitch, 1995) por sua vez, considera as representações sociais como o senso comum, sendo estes resultado das elaborações cotidianas de grupos sociais em determinados contextos sociais.

Para Durkheim a sociedade é viva, para Weber podem ser determinantes das representações sociais, para Schutz a compreensão de um grupo social perpassa pelo entendimento de sua cotidianidade e dos indivíduos inseridos neste dia-a-dia (Guareschi & Jovchelovitch, 1995).

González Rey (2003, p.142) pontua que “as representações sociais são dinâmicas, entre outras coisas, porque se organizam de diferentes formas nos contextos dentro dos quais se desenvolve a atividade de comunicação humana”.

O que se percebe, é que as formas de conviver socialmente são diferenciadas, uma vez que cada cultura tem suas normas particulares de convívio humano. Estas formas de convivências podem se transformar conforme determinadas modificações que acontecem nas sociedades. As representações sociais são ainda edificadas coletivamente, uma vez que por meio do relacionamento com outras pessoas, das interações, questões são ponderadas perpetrando com que conceitos sejam internalizados por meio das edificações sociais. As representações sociais estão ao mesmo tempo no espaço social bem como no sujeito

individual, podendo haver uma articulação lógica entre ambos, não havendo dicotomias entre o social e o individual.

As representações sociais são constitutivas do espaço social que as constitui, e nesta medida são constitutivas dos sujeitos individuais que se expressam nesses espaços, o que faz com as formas de comunicação geradas nos mesmos se expressem dentro dos limites dos sistemas representacionais que constituem esses espaços. Assim, as representações sociais são verdadeiras ontologias sociais e subjetivas para as pessoas que compartilham esses espaços e que situam nas RS elementos de sentido essenciais de suas histórias pessoais, o que as converte também em importantes configurações subjetivas dos sujeitos individuais. Daí o complexo das mudanças sociais, pois os sistemas de vida social não estão atados somente à sua organização simbólica no plano social, mas estão também profundamente comprometidos com a subjetividade individual de quem os integra. Essas tensões colocam em seu lugar a dialética do social e do individual na gênese, desenvolvimento e transformação das RS. (González Rey, 2003, p.147-148).

Partindo do princípio de que as representações sociais não são conscientes ao sujeito, se constroem a partir de apropriações dos significados simbólicos das coisas, esclarecem Guareschi e Jovchelovitch (1995) que é no domínio das operações simbólicas que se dão as construções humanas sobre o real, onde a realidade pode ser expandida, redefinida, desconstruída e transformada.

Portanto, conhecer como a sociedade concebe a pessoa no processo de envelhecimento é de fundamental importância para elaborar qualquer estudo sobre o tema.

1.3.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E VELHICE

São diversos os trabalhos sobre as representações sociais a respeito da velhice. Néri (1991) apresenta estudos sobre representações sociais do envelhecimento entre indivíduos não-idosos abrangendo temas como dimensões de significado ligadas a “velho”; dimensões de significado ligadas à perspectiva da própria velhice e atitudes em relação à velhice, em cuja

revisão bibliográfica predomina atitudes negativas em relação à velhice em adolescentes e jovens.

Ainda na revisão desse trabalho apresentado por Néri (1991), outras pesquisas esclarecem que “adultos mais velhos” são vistos de modos mais negativos que “adultos mais jovens”. Entretanto, quando se tem perguntado aos idosos o que acham da velhice, os próprios velhos tendem a expressar atitudes favoráveis e negar que tenham problemas em sua velhice.

Segundo esta mesma autora, as principais explicações dos resultados alcançados em outras investigações sobre o envelhecimento, pelo ponto de vista dos mais jovens, são as seguintes:

- As atitudes negativas refletem sentimentos negativos em relação ao baixo status socioeconômico, a problemas de saúde e à solidão, frequentemente associados à velhice.
- A carência de oportunidade e de status que afetam o idoso e a incompetência comportamental que lhe é atribuída refletem a supervalorização da produtividade, da realização e da independência, pois os idosos na qualidade de aposentados perdem poder político e econômico. A situação se agrava quando o velho está doente e é pobre.
- A importância dada à estratificação por idades seria responsável pelos estereótipos e pela desinformação das pessoas mais jovens em relação ao idoso.
- O significado da desvalorização do idoso não está nas diferenças etárias, correspondentes a comportamentos e expectativas de comportamento, mas sim no fato de que jovens e velhos pertencem a diferentes gerações, o que traz diferenças quanto à educação, a experiência de vida e a valores entre eles.
- Os resultados das pesquisas indicando percepções negativas sobre o idoso teriam base na atitude negativa e preconceituosa dos próprios pesquisadores, em sua maioria não-idosos, trabalhando numa perspectiva clínica e remediativa, ou então das perspectivas de crise ou

perdas associadas à velhice. Tal situação se refletiria na sua escolha do instrumento, de definir a amostra, propor os problemas e discutir seus dados de pesquisa.

Outra explicação, esta muito difundida na literatura, vincula as atitudes negativas ao “*ageism*”¹, que significa discriminação com base na idade, especialmente em relação a pessoas de meia-idade e idosos.

Segundo Néri (1991) existem três aspectos distintos e inter-relacionados no *ageism*:

- Atitudes preconceituosas contra o velho, a velhice e o envelhecimento, incluindo as atitudes dos próprios velhos.
- Práticas discriminatórias contra o velho, particularmente no emprego, mas também em outros papéis sociais.
- Práticas e políticas institucionais que, mesmo sem intenção, perpetuam crenças estereotipadas sobre o idoso, reduzindo suas oportunidades de ter uma vida satisfatória e prejudicando sua dignidade.

Ainda segundo Néri (1991), o *ageism*¹ tende a crescer em sociedades hierarquicamente estruturadas, que valorizam e atribuem superioridade a indivíduos confiantes, competitivos e orientados para o sucesso. Fundamenta-se na falsa idéia de que o declínio biológico da velhice causa obrigatoriamente deficiências comportamentais, sendo a expressão “mais jovem” emparelhada ao significado de adequação e, portanto, maior valorização social, em contrapartida “mais velho” significaria seu oposto. Os gerontólogos não só sucumbiram a estes estereótipos culturais quanto à incompetência comportamental do idoso, como contribuíram para fortalecê-lo ao institucionalizarem a velhice como *problema social*, prestando um desserviço à ciência, a sociedade e ao próprio indivíduo.

Ao contrário do que se tem de informação na psicologia clássica do desenvolvimento, os idosos segundo estudos de Néri (1991), demonstram uma noção de continuidade no desenvolvimento, ao atribuírem aos velhos significados de adulto desejável, a se projetarem

¹ *ageism*: teoria da idade; *age* – idade alcançada; *ism* – teoria.

no futuro provavelmente como se vêem hoje e a associarem à velhice a possibilidade de felicidade.

A presença de significados mais negativos quando se trata de autonomia *versus* dependência, aceitação *versus* rejeição e adaptação *versus* desadaptação, significando que o envelhecimento é demarcado por rituais de afastamento, que podem ser entendidos como indesejabilidade, passando-se a associar o significado de velho ao significado de rejeição, desvalorização e evitação (Néri, 1991).

A velhice é localizada temporalmente a partir dos 60 anos. Essa associação entre temporalidade e desenvolvimento é construída a partir das experiências pessoais de cada um, diversos eventos do contexto sócio-cultural do sujeito. Ou seja, o significado de velho e velhice é construído socialmente. Por último, lidar com atitudes e significados ao se investigar velho e velhice é uma questão educacional. O que indica que o encaminhamento de solução para a questão do envelhecimento tem natureza educacional muito mais do que individual. Não que se vá ensinar como envelhecer as pessoas, mas como se poderão construir outras realidades individuais e sociais frente ao envelhecimento (Neri, 1991).

Outra contribuição no campo de estudos da representação social sobre envelhecimento nos é trazida por Veloz (1999) que realizou sua pesquisa entre cinquenta e quatro idosos de três categorias diferentes: professores aposentados de uma universidade, frequentadores de uma universidade aberta da terceira idade e residentes em uma casa de longa permanência, todos moradores do Estado de Santa Catarina.

Verifica-se, portanto, que a investigação de Veloz partiu de três fenômenos característicos do envelhecimento: o idoso como protagonista do envelhecimento; a velhice como última fase da vida e o próprio envelhecimento como sendo um processo que perpassa todo o ciclo da vida. Seus resultados indicam três diferentes representações sociais, que foram classificados pela autora, a primeira como sendo de caráter doméstico e feminino, relacionado

a perda de laços familiares e da beleza, com conseqüências sobre a identidade física, indicando a relevância dos papéis a serem exercidos por mulheres e construídos ideologicamente. Este primeiro tipo de representação social traz a problemática da solidão e a idéia do abandono (Veloz, 1999).

A segunda de cunho masculino, relacionado à questão da manutenção da atividade produtiva e perda da capacidade de trabalho e questões relacionadas ao afastamento do trabalho. Traz a questão da idade em que uma pessoa fica velha associada ao seu afastamento do trabalho ou redução de seu ritmo de trabalho. Principalmente se comparados às pessoas mais jovens. Esta representação social como não-trabalho reflete a crença da aposentadoria como começo do desengajamento social, sendo o trabalho visto como um patrimônio da juventude e a sua perda como perda de reconhecimento social (Veloz, 1999).

O terceiro tipo de representação social do envelhecimento, ainda de acordo com Veloz (1999), partilhado entre homens e mulheres de forma equitativa, parte da visão utilitarista do corpo humano, o comparado a uma máquina que se desgasta com o tempo e perde funcionalidade. Ainda que frequentemente associada a percepção da velhice como uma fase do ciclo da vida. Uma característica desta representação é a impessoalidade com que os participantes falam da velhice, referindo-se a mesma de forma geral e a partir de juízos de valor. Sendo uma visão idealizada do envelhecimento pelo próprio velho.

1.4 – ASPECTOS GERAIS DA QUALIDADE DE VIDA

O conceito de qualidade de vida é referido por muitas pessoas, evidenciando definições que expressam tendências e diferenças que o conceito pode assumir. A qualidade

de vida é definida como “um estado de bem estar mental, físico e social e não somente a ausência de doença ou incapacidade” (Cramer 1994, citado em Ribeiro, 2002, p.79).

Esta definição é semelhante à definição de saúde fundada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). De acordo com a OMS a qualidade de vida, “(...) expressa-se pela percepção pessoal acerca da sua vida, em relação ao contexto da sua cultura, aos seus sistemas de valores tomando em consideração os seus objetivos pessoais, expectativas, padrões e preocupações” (Orley, 1994, citado em Ribeiro, 2002, p.79).

De acordo com Ribeiro (2002) são recentes as origens do conceito de qualidade de vida no âmbito da saúde e das doenças. Dentre estas áreas, duas se destacam para a concepção deste conceito que são: a funcionalidade defendida em ambientes médicos e a percepção de bem-estar que aparece mais nas ciências humanas.

O autor supracitado, cita que muitos autores enfatizam que a qualidade de vida tem componentes objetivos e subjetivos. O componente subjetivo é essencial porque o senso de satisfação pessoal é intrínseco à qualidade de vida.

Mas o componente objetivo é também necessário, pois, pessoas vivendo em situações de pobreza e miséria, podem sentir-se satisfeitas com sua vida, enquanto que outras pessoas enfrentando condições adversas de risco à saúde podem avaliar sua qualidade de vida pior que a desejada. Muitos estudos sobre qualidade de vida de pessoas doentes englobam vários aspectos como as condições ambientais, sociais, orgânicas e emocionais. (Spitzer & Col, 1981, citado em Ribeiro, 2002).

Segundo Gimenez (1997) o conceito de qualidade de vida para cada sujeito é essencialmente subjetivo, com isso a própria pessoa é a “fonte de informações” sobre a qualidade de vida. A qualidade de vida parte da avaliação do idoso sobre sua satisfação a respeito de como está sua funcionalidade atual em relação ao que ela acredita ser ideal (Cella & Tulksky, 1990, citado em Gimenez, 1997). Estes autores também enfatizam a importância

da percepção subjetiva do sujeito e da comparação de condições atuais e possibilidades reais com padrões ideais internalizados.

A percepção dos indivíduos sobre qualidade de vida está relacionada com suas crenças, atitudes de enfrentamento, sensibilidade a estressores e motivação para ter um estilo de vida recompensante (Armstrong, Wagner & Laughlin, 1995, citado em Gimenez, 1997).

Os aspectos emocionais estão envolvidos no processo da qualidade de vida do idoso, cujo bem-estar não é apenas físico, mas também emocional. Os fatores importantes envolvidos na qualidade de vida englobam: interações sociais, experiências afetivas, minimização do desespero que a doença causa, expressão de afetos e sentimentos e a participação em atividades de lazer e recreação (Cohen & Lazarus, 1979, citado em Gimenez, 1997). Para estes autores a qualidade de vida pode ser definida como sendo a possibilidade de enfrentamento, redução de condições ambientais desfavoráveis e o ajustamento a situações difíceis.

A psicologia pode atuar junto ao idoso, a fim de que o mesmo continue tendo qualidade de vida, através da psicoterapia ou mesmo do apoio oferecido, facilitando a adaptação psicossocial e a integração da velhice em sua identidade, como também promovendo o ressignificado de sua existência. As intervenções psicológicas são importantes, porque podem reduzir o *distress*² emocional (Andersen, 1992, citado em Gimenez, 1997).

Para Abreu (2005) na maturidade, grande parte das pessoas apresenta certa necessidade de realizar uma avaliação da vida, a fim de rever e ressignificar o que passou. É como se fosse uma forma de “gestão do passado”. Deste modo, o que se verifica conforme Debert (1999), é que a gestão do envelhecimento, é indispensável, uma vez que os formatos de “gestão da velhice” têm por finalidade compreender o diálogo entre as representações do envelhecimento bem como as práticas relacionadas ao envelhecimento saudável ou bem-sucedido, através dos programas relacionados à terceira idade, ou ao público idoso.

² Segundo Rey (1997) *distress* é definido como *stress* negativo; um conceito sobre o conjunto de emoções negativas sentidas pelo sujeito, mas nem todas são totalmente identificadas (inconscientes), não estarão necessariamente presentes na consciência.

1.4.1 A QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

O fomento da boa qualidade de vida na velhice extrapola as fronteiras da obrigação individual e necessita ser vista como uma realização de cunho sociocultural, ou seja, uma velhice satisfatória não é apenas uma característica do sujeito biológico, psicológico ou social, mas deriva da qualidade da interação entre indivíduos em transformações, convivendo numa sociedade em transformações (Featherman, Smith e Peterson, 1990, citados em Néri e Yassuda, 2004).

Avaliar a qualidade de vida na velhice implica na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural. Vários 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 e ocupacionais, e continuidade de relações informais em grupos primários (principalmente rede de amigos) [Neri, 2003, p. 1].

Descrever sobre qualidade de vida na velhice, leva à reflexão dessa variedade de critérios. Entretanto, ainda não foi possível para determinar com nitidez o nível de acuidade de cada um, suas inter-relações e a direção do princípio entre eles. O que se tem conhecimento é que os distintos critérios podem apresentar diferentes impulsos sobre o bem-estar individual (Neri, 2003).

Enfermidades, perdas de funções ocupacionais e perdas afetuosas, que apresenta maior perspectiva de acontecimento para idoso do que para jovens, podem acarretar distintos níveis de agonia, conforme a história individual, da disponibilidade de sustentáculo afetivo, da condição social e dos valores de cada um. Por conseguinte, uma velhice satisfatória é amplamente mediada pela individualidade, e relacionada ao sistema de valores que vigora num momento histórico, para uma dada integração sociocultural (Baltes e Baltes, 1990, citado em Neri e Yassuda, 2004).

Descrever sobre modelos de velhice e em qualidade de vida na velhice, leva à necessidade de comparação, isto é, de aceitação de critérios para instituir o que é normal (esperado), o que é considerado como extraordinário e o que é patológico. Este é estimado como sendo o maior desafio para os estudos do envelhecimento, o qual se tem procurado determinar o que é envelhecimento normal, ótimo e patológico (Néri, citado em Paschoal, 2002).

Vale ressaltar, que atualmente qualidade de vida na velhice, bem-estar psicológico, bem-estar percebido, bem-estar subjetivo e, mais recentemente, envelhecimento satisfatório ou bem-sucedido são locuções avaliadas como sendo congruentes, ou seja, constitui um construto pleno, relacionado a vários pontos de vista acerca do envelhecimento como evento social e particular. (Néri, Yassuda, 2004).

Neste sentido, os parâmetros mais aceitos no que diz respeito à definição de uma velhice bem sucedida ou ótima e que, em contraste, são empregados para definir velhice normal são: inexistência de enfermidades físicas e mentais crônicas e de insuficiências funcionais que afetam o funcionamento em níveis esperados para pessoas adultas numa determinada sociedade; inexistência de fatores de risco, bem como “hipertensão, tabagismo e obesidade; manutenção do funcionamento físico e mental e engajamento ativo com a vida” (Néri, 2003. p. 34).

Uma velhice bem-sucedida revela-se em idoso que mantém autonomia, independência e envolvimento ativo com a vida pessoal, com a família, com os amigos, com o lazer, com a vida social. Revela-se em produtividade e em conservação de papéis sociais adultos. O número de pessoas capazes de atingir completamente esse padrão é muito pequeno, porque, além da genética, o estilo de vida e as condições socioeconômicas e culturais podem impor restrições ao alcance de tal resultado. No entanto, sua existência é útil para balizar as aspirações individuais e sociais e para sinalizar que a velhice pode ser um período de desenvolvimento (Néri, Yassuda, 2004, p. 8).

Para estes autores, na velhice normal, acontecem as modificações peculiares do envelhecimento humano, que por sua vez são originadas pela natureza humana e não são

patológicas. Podendo abranger enfermidades somáticas crônicas, contudo satisfatoriamente controladas, de maneira que não trazem impactos contraproducentes sobre a qualidade de vida prática e individual, nem empecilhos à funcionalidade corporal, intelectual, psicológica e social. Portanto, a velhice normal quer dizer uma velhice com mínima cessação dos desempenhos habituais.

Outra probabilidade de viver uma velhice normal é apresentada em termos de ter capacidade de vivenciá-la bem. Consiste ao mesmo tempo, em alcançar os melhores resultados das competências que se tem. Por não apresentar particular destaque à saúde, essa demarcação abarca um discernimento alcançável por um maior número de idosos e, dessa forma, é vantajosamente admitida como condição para a demarcação de velhice bem-sucedida (Néri, 2003).

Segundo Paschoal (2002), ainda, diante de enfermidades e ultrajes afetuosos e sociais, o idoso pode vivenciar bem a sua velhice, com as condições que apresenta desde que tenha capacidade de ativar meios particulares, dentre os quais apresente destaque as táticas de abatimento, as crenças de auto-eficácia e de domínio e as estratégias de escolha, otimização e equilíbrio.

Frente ao exposto, Spirduso e Cronin (2001, citado em Diogo; Néri e Cachioni, 2004), aponta que para alguns idosos, a qualidade de vida pode ser entendida como a ocorrência deles serem capazes de se sentir melhor, conseguirem desempenhar com suas funções cotidianas básicas adequadamente e conseguirem viver de uma maneira autônoma.

Para estes autores, para que se tenha um bom envelhecimento ou a sustentação de uma elevada qualidade de vida, é imprescindível que existam três aspectos considerados essenciais, mencionando a liberdade de doenças, o engajamento com a vida e a competência física e mental.

Os significados supracitados deixam explícitas a importância de se conhecer e conservar as “competências de vida diária, capacidade funcional” nos idosos como forma de crescer, aperfeiçoar ou sustentar a qualidade de vida deles (Rolim e Forti, citado em Diogo; Neri; Cachioni, 2004, p. 67).

Por competências de vida diária entende-se a capacidade ou potencial para realizar adequadamente as atividades consideradas essenciais à vida independente; são ligadas a fatores socioculturais e a determinantes genético-biológicos, mostrando a sua relação multifatorial, da mesma forma que os conceitos de qualidade de vida (Rolim e Forti, citado em Diogo; Neri; Cachioni, 2004, p. 67).

Sobre competências de vida diária, os autores acima, descrevem que existem distintos significados. Um deles, afirma que é a aptidão do sujeito em manter os cuidados individuais e desempenhar as atividades diárias, que abrange a “força muscular, a resistência muscular localizada, agilidade, a flexibilidade, os reflexos, o tempo de reação, a eficiência metabólica, a composição corporal e outros aspectos da aptidão corporal total” (Okuma, 1998, p. 57).

Neste sentido, com base em Okuma (1998), pode-se verificar que tais aspectos podem ser considerados, como estimuladores na conservação dessas aptidões, assessorando, deste modo, na efetivação das atividades avaliadas como sendo fundamentais à vida autônoma.

Para Rosa e colaboradores (2003), o melhoramento ou conservação das capacidades funcionais tem influência não só em relação aos elementos do comando corporal, mas também na compreensão da auto-estima, do autoconceito, da aflição e suscetibilidade, indicando deste modo ser mais uma conexão com os comandos pesquisados na qualidade de vida.

Torres, Sé e Queiroz (2004), ressaltam que a fragilidade e a dependência na velhice são elemento que interdependem entre si e possuem vários aspectos. Do mesmo modo, apresentam determinantes de ordem biológica, social e psicológica, que podem comprometer as relações do idoso com si mesmo, com sua família e com as pessoas de seu meio de convívio.

Segundo estes autores, as reações de adequação do idoso, bem como de seus familiares diante da fragilidade e da dependência podem atingir configurações e acuidades desiguais. Uma vez que, as táticas de adequação empregadas pelos idosos e pelos cuidadores da família são intermediadas através de critérios e valores individuais e através de aceitação social.

CAPITULO 2. O MÉTODO DA PESQUISA

2.1. EPISTEMOLOGIA QUALITATIVA

Para a realização deste trabalho optou-se por uma metodologia qualitativa, uma vez que a abordagem quantitativa de pesquisa está pautada no positivismo que atribuiu ao método de investigação como tendo que ser o mesmo para todas as ciências, enfatizando a imparcialidade, a predição e o controle sobre a realidade. De acordo com Minayo (2001) para que uma pesquisa fosse objetiva os positivistas afirmavam que ela teria que ser realizada por instrumentos padronizados, pretensamente neutros.

De acordo com González Rey (2002) a pesquisa qualitativa é um processo contínuo de produção de conhecimento. O problema na pesquisa qualitativa se faz mais complexo, conduzindo aos sentidos elaborados pelos participantes que são imprevisíveis no início da pesquisa. Os resultados da pesquisa qualitativa são momentos parciais que constantemente se integram com novos questionamentos e que apontam novos caminhos à produção de conhecimento.

(...) os princípios gerais da Epistemologia Qualitativa seriam a natureza construtiva interpretativa da geração do conhecimento, o significado do singular como via de pesquisa e a natureza interativa do processo de construção do conhecimento. (...) A epistemologia qualitativa orientaria uma forma diferente de pesquisa qualitativa na qual a ênfase aparece na natureza qualitativa dos processos envolvidos na produção do conhecimento, e não na utilização de instrumentos qualitativos (...) (González Rey, 2004, p.122).

A pesquisa qualitativa é uma abordagem de investigação que vem sendo mais aceita e empregada na área da saúde, das ciências humanas e sociais. Apesar de ser alvo de críticas por parte de uma parcela significativa da comunidade científica pelo fato de não trabalhar com amostras probabilísticas e/ou efetuar análises estatísticas dos dados (Bosi, 2004). Dentre outros argumentos críticos à pesquisa qualitativa estão: a não neutralidade do investigador, a não representabilidade estatística das amostras selecionadas e a conseqüente impossibilidade

de generalizar os resultados e replicar os estudos, como também pela crença na inexistência de verdades universais e eternas.

A pesquisa qualitativa, apoiada na epistemologia qualitativa, não se orienta para a produção de resultados finais que possam ser tomados como referências universais e invariáveis sobre o estudado, mas à produção de novos momentos teóricos que se integram organicamente ao processo geral de construção de conhecimentos (González Rey, 2002, p.125)

Segundo Minayo (2001), o paradigma positivista não permite a noção de pesquisador como sujeito participante que expressa suas ideologias no que está estudando, a neutralidade é defendido tanto para o investigador pensar em fazer ciência, assim como quando está inserido no contexto de pesquisa. Mas, em uma investigação social a visão de mundo do pesquisador está implicado em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto, à sua aplicação e aos resultados do trabalho. A epistemologia qualitativa não trabalha com variáveis e generalizações, e sim a construção teórica em que o pesquisador e objeto de estudo estão interligados na construção do conhecimento. Como existe a influência do pesquisador sobre o sujeito pesquisado, a interação entre pesquisador e sujeito não pode ser desconsiderada, porque ela interfere no comportamento dos indivíduos, gerando situações novas para ambos. De acordo com Spink (1957, p.213), “(...) pesquisador e participantes são considerados colaboradores na produção de conhecimento”.

González Rey (2002) afirma que o contexto de pesquisa afeta a expressão do sujeito nela, devido ser afetado pelas condições em que se encontra e pelo sentido dessas condições para ele. A abordagem qualitativa reconhece a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, como também, a interdependência entre sujeito e objeto e uma postura interpretativa, ou seja, não neutra, do observador que atribui significados aos fenômenos que interpreta. (Chizzotti,1991, *apud* Bosi, 2004).

Segundo Gonzalez Rey (2002) sendo o conhecimento produzido num processo construtivo e interpretativo, então, este não será apenas resultado de uma coleta de dados. O pesquisador enquanto sujeito deste processo participa ativamente, a fim de entender o

fenômeno pesquisado. A interpretação é um processo em que o pesquisador integra, reconstrói e apresenta em construções interpretativas, diversos indicadores obtidos durante a pesquisa, os quais não teriam nenhum sentido se fossem tomadas de forma isolada, como constatações empíricas. (Gonzalez rey, 2002. p. 31).

2.2. LOCAL

Na residência dos próprios participantes.

2.3. PARTICIPANTES

Durante o planejamento da pesquisa optou-se por realizar um estudo de caso com quatro idosas com faixa etária entre 60 a 70 anos, do sexo feminino, residentes na cidade administrativa de Sobradinho – Distrito Federal. Sendo assim, a escolha dos participantes foi previamente estabelecida.

2.4. INSTRUMENTOS

Segundo González Rey (2005) “o uso de instrumentos representa um momento de dinâmica, na qual, para o grupo ou para as pessoas pesquisadas, o espaço social da pesquisa se converteu em um espaço portador de sentido subjetivo” (p.45).

A coleta de dados foi conduzida por meio de entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas, permitindo desta forma o desenvolvimento de uma conversação entre participante e pesquisadora (**Apêndice I**).

A entrevista, na pesquisa qualitativa tem sempre o propósito de converter se em um diálogo, em cujo curso as informações aparecem na complexa trama em que o sujeito as experimenta em seu mundo real. Surgem inúmeros elementos de sentido, sobre os quais o pesquisador nem sempre havia pensado, que se convertem em elementos importantes do

conhecimento e enriqueceram o problema inicial planejado de forma unilateral dos termos do pesquisador (González Rey, 2002, p.89).

González Rey (2002) afirma que a entrevista fechada e a própria falta de simpatia por parte do pesquisador pode fazer o sujeito entrevistado se sentir como um estranho, levando a uma entrevista formal que limita a expressão das emoções e reflexões íntimas do sujeito, conseqüentemente a informação é empobrecida. Como não se pretendeu chegar a uma resposta e sim à construção de conhecimento, apareceram questões que não haviam sido pensadas ou elaboradas, mas que surgiram no decorrer da pesquisa com muita relevância para a mesma.

Portanto para a presente pesquisa, as perguntas não foram fechadas em nenhum dos casos, de maneira que à medida que o diálogo se desenvolvia, novos questionamentos e conhecimentos puderam ser produzidos. Assim como, a interação positiva entre pesquisadora e sujeitos participantes, também foi facilitador para que as idosas entrevistadas colocassem suas idéias durante a conversação, sendo estabelecida uma relação de confiança. Proporcionou-se o aparecimento de informações que revelam os significados atribuídos pelos participantes que fazem parte das subjetividades das mesmas (**Apêndice II – Respostas da Conversação**).

2.5. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi apresentada aos participantes individualmente através de uma visita realizada em suas residências. Durante o convite individual para participar da pesquisa, foi explicado que eles fariam parte de um estudo de caso, para um trabalho de monografia de final de curso de Psicologia. Portanto neste encontro, que aconteceu na residência de cada participante, o tema da pesquisa foi exposto, assim como, a finalidade que seria de contribuir

para a produção de novos conhecimentos. Sendo então efetivada a entrevista neste mesmo encontro, conforme disponibilidade dos participantes.

A interação entre pesquisadora e participantes foi muito produtiva. Logo de início, os participantes demonstraram interesse em participar da pesquisa.

Após compreender o que seria a presente pesquisa, uma das participantes afirmou que participaria por acreditar que poderiam contribuir de alguma forma com a monografia. Outra relatou ainda que faria o possível para favorecer o desenvolvimento de novos conhecimentos relacionados ao estudo com o idoso.

Antes da entrevista, foi adiantado que a participação seria voluntária, de forma anônima, pois a identidade de cada uma não seria revelada, assim como se houvesse desistência de continuar participando da pesquisa ela poderia interromper.

2.6. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

As informações levantadas foram tratadas qualitativamente, e a discussão dos dados obtidos foi feita a partir de articulação comparativa do referencial teórico pesquisado com as questões surgidas nas entrevistas, enfatizando a perspectiva psicodinâmica como forma de compreensão e intervenção da problemática (Kude, 1997).

Participaram da pesquisa quatro pessoas idosas do sexo feminino, com idade a partir dos 60 anos. Não foi identificada qualquer resistência quanto à realização das entrevistas.

O sistema utilizado para levantamento dos resultados das entrevistas concernente à coleta de dados se deu por amostragem pré-determinada (4 pessoas idosas do sexo feminino), a qual se baseou pelas questões relacionadas à qualidade de vida de vida das idosas.

A descrição desses resultados foi agrupada a partir das questões discutidas nas entrevistas com a teoria dos estudiosos no assunto em questão.

CAPITULO 3. DISCUSSÃO DOS DADOS LEVANTADOS

Num primeiro momento procurou-se verificar como as entrevistadas concebem a idéia de envelhecer.

Para tanto, os relatos dos sujeitos, sobre o marco da idade em que uma pessoa se torna velha, forneceram elementos para compreender que, conforme descreve Mascaro (2004), o marco da velhice é contraposto, por ser ele consequência de construções contextuais, como a cultura, história de vida, bem como diversas situações sociais.

Nestes termos, verifica-se nas disparidades de opiniões, que o que autor acima pontua, se confirma, uma vez para a entrevistada, M.A.G., relata que *“não tem idade”* para ficar velha. Para ela, *“depende do comportamento, da vivência, da vontade de viver e trabalhar”*. Já para a entrevistada J.C.A. a velhice começa *“a partir dos 80. Acho que quando as pessoas chegam aos 80, têm que assumir o peso da idade. Acho que vou envelhecer a partir dos 80”*. Neste contexto, a resposta acima, apresenta congruência com o que reza tanto o estatuto do idoso (Brasil, 2003) quanto o Código Civil Brasileiro (Brasil, 2003) e a ONU, os quais citam que as pessoas com idade igual ou superior a sessenta (60) anos tem seus direitos de idosos garantidos.

Já as entrevistadas M.A.V.S. e D. M. R, foram unânimes em suas respostas, ao dizer que a velhice tem início a partir dos 50 anos de idade:

“Muitas pessoas dizem que a velhice está na cabeça, mas não é o corpo envelhece. Pra mim é a partir dos 50” (M.A.V.S);

“Pra mim, a partir dos 50 anos. Chegou aos 50 já é velho”. (D.M.R).

Frente ao exposto, Jung (2000) cita estatísticas que apontam que a velhice, inicia indiretamente a partir dos 35 anos na mulher e 40 anos nos homens. Para este autor, é neste

momento que começam a incidir modificações de postura, bem como comprometimentos intelectuais, que tomam forças a partir das modificações mais intensas, aproximadamente aos 50 anos, como se a própria existência em seus princípios encontrassem sob ameaça.

Portanto, os dados acima confirmam a teoria de Mascaro (2004), quando este diz que a demarcação da idade em que começa a velhice é passível de contestação, por ter como influência aspectos culturais, histórica e social do indivíduo.

Ao abordar o que leva uma pessoa ser considerada velha, as entrevistadas salientaram que:

“depende do estado físico, mental e o que mais pesa. Muitas vezes, igual ao meu paizinho. Vou citar ele como exemplo, a cabecinha dele ta boa, dando de realizar tanta coisa, mais fisicamente tadinho, não da dando conta nem de andar, eu penso nesse sentido né”. (J.C.A);

“Mudança. Ela fica feia, acabada, ela sai da sociedade por ela mesma desconfiar que não cabe mais ali”. (M.A.G.);

“Olha cada caso é um caso. Acho que é quando as forças físicas vão acabando e a mente já não acompanha o dia a dia”. (M.A.V.S);

“Pra mim é o desprezo. Porque quando a família despreza as pessoas, ela se considera velha”. (D.M.R).

Diante disso, Beauvoir (citada em Mascaro, 2004), descreve que a percepção e a não-percepção da velhice, indicam que o envelhecimento primeiramente é mais evidente no olhar dos outros, em seguida aos olhos do próprio velho. Haddad (1986) por sua vez, descreve que são os modelos culturais ajudam a dimensionar as idades.

Sendo assim, verifica-se que os dois autores pontuam a velhice sob uma perspectiva sócio-cultural, justificando então, as disparidades entre as respostas acima. Além disso,

confirmam a teoria supracitada de Mascaro (2004), a qual prega a influência dos aspectos culturais, históricos e sociais na identificação do advento da velhice.

Da mesma forma, ao indagar se consideravam velhas, as entrevistadas responderam:

“Não eu não me considero velha, eu não me sinto velha, eu dou conta de realizar todos os meus afazeres caseiros. Não depende de medicamentos nenhum, nunca tive pressão alta. Não sou jovem, mais tenho assim resistência de uma pessoa que não ta tão velha. Não me considero velha, não me sinto velha.” (J.C. A);

“Considero pela aparência, a força que não tenho mais, mas pelo espírito me considero nova.” M.A.G.);

“Já estou velha. Porque não consigo mais fazer o que eu fazia antes. Mas mentalmente não me considero velha não”. (M.A.V.S.);

“Olha vou falar o que eu sinto: eu não me considero velha. Porque hoje eu passeio, saio, antes não tinha essa chance de sair, de fazer nada de bom. Hoje aproveito mais a vida que antes.” (D.M.R).

Verifica-se no discurso das entrevistadas uma discrepância nas respostas, onde duas, não se consideram velhas e duas se consideram velhas apenas fisicamente. Sendo assim, como descreve Max Weber (citado em Guareschi & Jovchelovitch, 1995), o que se identifica, é que cada um tem sua maneira de viver em sociedade, cada uma vem de uma cultura com princípios próprios de conviver com os demais.

Guimarães (citado em Linhares, 2003) cita que por volta dos 30 anos, os aspectos hormonais perpetram para que a ação do envelhecimento entre em ação. Mesmo assim, apenas a entrevista M.A.V.S., sente-se velha, contudo deixa claro que apenas fisicamente.

Verifica-se nas entrevistadas, sobretudo na J.C.A. e D.M.R., o que pontua Néri (1991), quando descreve que os idosos demonstram uma noção de seguimento no desenvolvimento, ao conferir aos velhos, importância de adulto desejável, a se lançarem no futuro possivelmente da mesma forma como se percebe atualmente e a agregarem à velhice a probabilidade de felicidade.

Na questão que indaga se a velhice é um “estado de espírito” ou “estado físico”, as entrevistadas responderam:

“Os dois. Uma coisa ta ligada à outra”. (J.C.A.);

“Estado físico. Perdemos as forças pra fazer o que fazia antes. Mas o espírito continua jovem, porque o espírito não envelhece né?” (M.A.G.);

“Pra mim são os dois”. (M.A.V.S);

“Estado físico. Porque a pessoa fica tão sem força que ela considera mais velha, por causa das doenças que aparece”. (D.M.R).

Frente ao exposto, verifica-se que ambas descrevem que o estado físico é o correspondente da velhice. Neste sentido, Mascaro (2004) confirma o exposto ao descrever que existe um empobrecimento da funcionalidade dos órgãos sim do indivíduo, no entanto não danifica as tarefas de rotinas do mesmo.

No entanto, apenas uma entrevistada (DMR) não expõe ser a velhice também é um “estado de espírito”. Neste caso, Néri e Wagner (citado em Néri, 1991), descrevem que existem dados que apontam a velhice como sendo um “estado de espírito”, uma vez que a chegada da velhice traz transformações de outra ordem, ou seja, diferente das transformações físicas, causada pelo envelhecimento.

Ao indagar sobre o que pesa mais a uma pessoa quando se entra na velhice, as respostas apresentaram semelhanças e diferenças, a saber:

“A impossibilidade de trabalhar né. É difícil a pessoa se sentir incapaz. Eu acho que o que mais pesa e se sentir incapaz. Eu não sinto solidão, nem lembro que estou sozinha, eu não acredito mais em solidão. E o desgaste físico também porque a pessoa perde a capacidade de agir e de trabalhar.”(J.C.A);

“A solidão, o desgaste e o desprezo, porque não convivo mais com as pessoas com convivia; fico muito só e abandonada.”(M.A.G.);

“O Desgaste físico. Porque eu não consigo hoje fazer o que eu fazia antes. Eu sinto esse desgaste fisicamente.”(M.A.V.S);

“Esses três ai, se encaixa, porque todos eles pesam. A solidão é ruim, a pessoa também vê um serviço e não conseguir fazer, também é ruim, e as doenças também complicam, porque surgem as dores.” (D.M.R).

Para melhor compreender os relatos acima, Olds e Papalia (2000), descrevem que o ser humano se desenvolve passando por várias influências, como é o caso das influências normativas, as quais caracterizam determinadas fases da vida, atingindo um grande índice de pessoas de um grupo. Todavia essas influências normativas etárias são análogas para uma faixa de idade e engloba aspectos biológicos (menopausa, velhice, puberdade) e culturais (ingresso na educação formal e aposentadoria). Verifica-se, portanto a razão das semelhanças e diferenças nas respostas das entrevistadas, uma vez que, como salienta Olds e **Papalia** (2000), o desenvolvimento humano está sujeito a influências, que são próprias para cada grupo e fase de vida. Nestes termos, ficam justificadas as semelhanças e diferenças quanto às respostas acima, de que o peso maior para a pessoa que entra na velhice é o “desgaste físico”

e a “impossibilidade de trabalhar”. Tendo então duas respostas indicando a solidão como peso.

Para Mascaro (2004), a sociedade apresenta como sendo idoso o indivíduo que se encontra se afastando do trabalho, entretanto para este autor, é a saúde física e mental, referência de que o indivíduo está ingressando na velhice.

Olds e Papalia (2000) corroboram com o exposto ao pontuar que as influências normativas do tipo etária, estipulam o período exato para desempenhar determinadas atividades como: ir a escola, aposentar, casar, usar determinados trajés, dentre outras regras constituídas pela cultura e pela sociedade. Deste modo, pode-se inferir que as entrevistas em questão, apesar de demonstrarem o peso causado pelas influências normatizadoras, por meio da impossibilidade de realizar hoje o que realizava antes; de sentir o peso da idade sobre as forças do físico, atrevem-se ir contra tais normas e executam atividades que não condiz com sua idade cronológica, como cumprir os afazeres domésticos, ser ainda funcionária pública (M.A.V.S), enfim, ter ainda uma vida ativa conforme dita por todas.

Entretanto, verifica-se na fala das entrevistadas D.M.R, alocação de solidão e com mais ênfase na fala da M.A.G, nesta, ainda verificou-se desprezo.

Neste sentido, Mascaro (2004) elucida que o preconceito e desprezo construídos socialmente, por meio da mídia, escolas, valores familiares e sociais de que o envelhecimento é unívoco às enfermidades e incompetências, é a causa numero um, de afastamento do indivíduo que envelhece do envelhecimento adequado, uma vez que casos de enfermidades são passíveis de tratamento e prevenção.

Sendo assim, verifica-se nas palavras da entrevistada M.A.G. indícios de que esta se encontra distante de um envelhecimento com qualidade de vida, em virtude dos preconceitos, solidão e desprezo, como ela mesma confirma adiante.

Outro assunto alvo da pesquisa foi saber o que seria qualidade de vida para cada uma, portanto a seguir procurou-se compreender, articulando a fala das entrevistadas com a fundamentação teórica para conhecer como elas encaram a qualidade de vida:

“A pessoa viver bem com tudo em com todos. A pessoa viver em paz, ser feliz com sigo mesma e amar e respeitar o próximo. Porque tudo foi fato da qualidade de vida. Eu acredito que isso é voltado para o relacionamento da pessoa com ela mesma e com o próximo. A pessoa estando bem consigo mesma, sendo uma pessoa de paz, tendo estrutura, mesmo bem financeiramente tendo muito dinheiro bem! Se não tiver, ta vivendo do mesmo jeito. Eu acho que dinheiro e complemento, a gente tem que ter estrutura espiritual de vida que tanta gente vive com muito ou com pouco.”(J.C.A);

“Companhia, saúde e família. Quando estamos com as pessoas que gostamos, a gente fica mais feliz e vive melhor. Ter saúde pra viver bem, pra ter alegria e vontade de viver. A doença tira da gente a capacidade de fazer o que fazia antes, faz a gente necessitar dos outros; e isso minha filha é horrível porque ninguém dá atenção para o velho.” (M.A.G.)

“Estar na ativa”.(M.A.V.S);

“É viver uma vida saudável. Sem muitos aborrecimentos e exageros”.(D.M.R).

De acordo com Cramer (1994, citado em Ribeiro, 2002), várias pessoas consideram a definição de qualidade de vida, apontando significados que indicam tendências e contestação que a definição pode adotar como foi o caso das definições dadas pelas três entrevistadas, ambas com significações diferentes. Este autor ainda pontua que a qualidade de vida é determinada como sendo uma condição de conforto mental, físico e social e não unicamente não apresentar enfermidades ou incapacidades.

A disparidade entre as respostas supracitadas é ilustrada também por Armstrong et. al. (1995, citado em Gimenez, 1997), ao pontuar que o entendimento que as pessoas possuem acerca da qualidade de vida está intimamente ligado às suas crenças, formas de enfrentamento, suscetibilidade a estressores bem como motivação para possuir um modo de vida recompensador. Sendo assim, conclui-se que para cada pessoa, há uma resposta distinta, pois possuem vivências diferentes acerca do assunto. O caso da entrevistada M.A.G., por exemplo, que sente reações de inadequações, fazendo com que esta se afaste de um bom envelhecimento.

Diante disso, Torres, Sé e Queiroz (2004), ressaltam que as reações de adequação do idoso, assim como a de seus familiares frente à fragilidade e à dependência abrangem formas e importâncias diferentes. Porquanto, as maneiras de acomodação usadas pelos idosos, bem como pelos cuidadores da família são intercedidas por meio de juízo crítico e valores subjetivos e por meio de concordância social.

Ao questionar se, se considera com qualidade de vida, as respostas foram:

“Eu considero minha vida boa, to feliz com a vidinha que Deus me deu. Graças a Deus eu convivo bem com todo mundo, com filho, com neto, com amigos, com vizinhos, com colegas de trabalho. Eu sinto assim, que minha vida tem qualidade em todos os aspectos.” (J.C.A);

“Sim. Porque tenho e faço tudo que minha idade precisa. Estou engajada em grupos sociais e da igreja, faço hidroginástica.”(M.A.V.S.);

“Não. Tenho muito desgosto, as coisas são difíceis, a vida financeira é difícil. O que ganho é pouco, compro alguns remédios, e assim sobrevivo.” (M.A.G);

“Sim. Porque minha vida é assim: meu esposo não me empata de viajar; na minha casa tenho liberdade. Faço as coisas em casa. Assim”. (D.M.R.).

Diante das respostas, verifica-se que com exceção da M.A.G, que relata não ter qualidade de vida, as demais consideram que tem qualidade de vida, mesmo diante de conceituações acerca de qualidade de vida diferentes, bem como histórias de vidas diferentes, é possível considerar que as três possuem qualidade de vida, uma vez que a organização mundial de saúde (Orley, 1994, citado em Ribeiro, 2002) salienta que qualidade de vida, é expressa a partir da compreensão particular que cada um possui da própria vida. Sendo assim, as diferenças de vivências e conceitos não significam que as considerações das mesmas, de que possuem qualidade de vida, estejam equivocadas.

Gimenez (1997) da mesma forma confirma a descrição da OMS, quando pontua que o conceito de qualidade de vida para cada indivíduo é fundamentalmente pessoal, sendo este mesmo, o conhecedor sobre sua qualidade de vida.

Sendo assim, como descreve a autora supracitada, a qualidade de vida parte da apreciação do próprio idoso acerca de seu contentamento quanto sua funcionalidade atual em relação ao que ele considera ser modelo (Cella & Tulksky, 1990, citado em Gimenez, 1997).

De igual maneira, Spirduso e Cronin (2001, citado em Rolim & Forti, 2004), corroboram com o fato de algumas entrevistadas acima ressaltarem que possuem qualidade de vida, uma vez que para estes autores, alguns idosos entendem a qualidade de vida como sendo a capacidade de se sentir melhor, bem como conseguir realizar seus afazeres básicos diários satisfatoriamente e ainda viver de forma independente, como é o caso das três entrevistadas, que apesar de deixar evidente que o corpo já não consegue fazer as coisas que antes faziam, sentem-se com qualidade de vida, conseguindo realizar suas atividades do dia a dia de maneira eficaz.

Diante disso, pode-se considerar que a entrevistada acima, não se considera, tão pouco possui qualidade de vida. Não obstante, Néri e Yassuda (2004) justificam esse fato, ao explicar que, isso ocorre com a M.A.G, em virtude da existência de fatores como a genética, o

estilo de vida, condições socioeconômicas e culturais que impõe restrições a este resultado, conforme descrito por ela, ao relatar sua dificuldade financeira e desgosto .

Em relação à questão quanto ao que faz com que o processo de envelhecimento tenha qualidade de vida, as respostas foram:

“Tomar cuidados, alimentação, uma visita ao medico de vez em quando, exame de rotina pra ver se ta tudo bem. E um conjunto de coisas que faz com que a gente envelheça com uma estrutura bem sólida.” (J.C.A);

“Faço hidroginástica, viajo todas as férias, trabalho fora e em casa, participo dos grupos.” (M.A.V.S);

“Eu acho difícil. Que para eu mudar o modo de viver pra ter alegria, deveria ter alguém do meu lado, mas a maior dificuldade é a solidão.” (M.A.G.);

“Viver sempre tranqüila e em paz. Porque o que mais precisa na velhice é muita paz. Também faço hidroginásticas.” (D.M.R.)

Deste modo, verifica-se que todas, com exceção da M.A.G, deixam evidente a preocupação em ter uma qualidade de vida, e não apenas fisicamente, mas também psicologicamente. Neste sentido, Cohen e Lazarus (1979, citado em Gimenez, 1997) explica melhor o exposto, ao salientar que no emocional do idoso está intrinsecamente ligado no processo de ter ou não qualidade de vida. Ou seja, para estes autores, o conforto do idoso não está ligado somente ao físico, mas emocionalmente também.

Quanto ao relato da entrevista M.A.G, a mesma relata dificuldade quanto fazer algo para que seu processo de envelhecimento tenha qualidade de vida, uma vez que expõe que não possui qualidade de vida, em razão dos desgostos, da solidão e da dificuldade financeira,

verifica-se que Néri e Yassuda (2004) explica o exposto, ao retratar que para uma velhice ser bem-sucedida, o idoso precisa sustentar autonomia, independência e envolvimento ativo tanto a vida pessoal, como com a família, amigos, lazer e vida social.

Da mesma forma, Néri (1991, p. 33) em outro momento descreve que a existência de expressão mais impresumível ao tratar de autonomia *versus* dependência, aceitação *versus* rejeição e adaptação *versus* desadaptação, denotando que o envelhecer é definido por afastamentos, que podem significar como rejeição, passando a associar a aceção de velho à aceção de rejeição, depreciação e desprezo.

Sendo assim, verifica-se nos relatos das entrevistadas M.A.V.S, D.M.R e J.C.A., o empenho que cada uma demonstra em possuir bem estar tanto psicológico como físico. A fim de deixar mais evidente, que nestes três casos há qualidade de vida, Néri e Yassuda (2004) ainda descrevem que interações sociais, experiências afetivas, expressão de afetos e sentimentos, bem como a participação em ocupações de descanso e entretenimento, são agentes fundamentais incluídos na qualidade de vida. Portanto, nos três casos há presença de qualidade de vida.

Igualmente, Baltes e Baltes (1990, citado em Neri e Yassuda, 2004), contribuem com a teoria de Cohen e Lazarus (1979, citado em Gimenez, 1997), ao descrever que doenças, prejuízo no desempenho ocupacional e na afetividade, podem trazer ao idoso - dependendo da sua vivência, da sustentação afetiva, da condição social, bem como dos valores de cada um - várias condições de amargura.

Deste modo, é possível observar que em nenhum dos casos, foram evidenciadas tais situações, visto que todas relatam possuir vida ativa, sem doenças que as impossibilitam efetivar suas atividades rotineiras.

Em relação à questão sobre a existência de alguma doença física e/ou mental crônica, houve divergências nas respostas, uma vez que, apenas em dois casos foram relatados casos de enfermidades crônicas, todas de ordem física, sendo elas, reumatismo e hipertensão:

“Não.”(J.C.A.);

“Sim, reumatismo.”(M.A.V.S.);

“Dor na perna, que responde na coluna. Pressão alta e já tive derrame.” (M.A.G.);

“Sim, hipertensão.”(D.M.R).

Sendo assim, a conclusão acima descrita, ampara-se do que pontuam Néri e Yassuda (2004), quando descreve que a velhice considerada normal, é aquela onde ocorrem mudanças que são próprias do envelhecimento humano, as quais são provocadas pela própria natureza humana, portanto não são doentias. Podendo ser elas: doenças somáticas crônicas, entretanto bem controladas, a fim de não trazer efeitos negativos sobre a qualidade de vida, bem como impedimentos das funções físicas, mentais, psicológicas e sociais.

Deste modo, apenas em um dos casos (M.A.G.) foi verificado descontrole quanto às enfermidades relatadas, tão pouco diminuição significativa das atuações habituais e ausência de qualidade de vida em razão da solidão.

Por fim, ao ponderar se, se consideravam pessoas ativas, bem como o que confirmavam esse fato, ambas foram unânimes em dizer que eram ativas, por diversas questões. A saber:

“Considero-me ativa. Porque ate hoje nunca encontrei algo que eu rejeitei porque não der conta de fazer. Tenho meu serviço caseiro, minha costurinha, dou conta de cuidar das minhas coisas. Não to ativa no serviço publico, mas nos afazeres domésticos, é tanto que os meninos

brigam e dizem:vou pagar uma empregada pra você, mas eu digo não quero não, ela vai me deixar um pouco acomodada e não é bom pra minha qualidade de vida.Porque quando as meninas moravam aqui elas não deixavam eu limpar o chão,era um cuidado só,o dia que eu ia limpava a casa eu ficava de cama, dor de cabeça, dor no corpo e nas pernas, mas agora limpo ,passo,lavo e não sinto nada.A gente tem que tá na ativa, se não tiver em uma coisa tem que ta em outra.”(J.C.A);

“Sim. Porque trabalho até hoje fora e em casa. Estou sempre me movimentando”.
(M.A.V.S.);

“Sou sim graças a Deus. Não visito vizinhas nem participo mais de grupos de igreja, porque tenho dificuldade para andar. Mas faço tudo em casa, não tenho ninguém pra cuidar de mim.” (M.A.G.);

“Sim. Porque faço tudo em casa, faço compras, faço todos os serviços de casa e participo de grupos sociais da igreja. Ajudo em pastorais.” (D.M.R.).

Verifica-se, portanto, que apesar de todas as entrevistadas relatarem que se consideram pessoas ativas, percebe-se na fala da entrevistada M.A.G., falta de liberdade, dependência, falta de comprometimento e interação com a família e amigos, fatores que segundo Néri e Yassuda (2004) são imprescindíveis para ter qualidade de vida. Já as demais entrevistadas apresentam boa funcionalidade em relação à execução de atividades cotidianas, além de confirmar o que aponta os autores acima, ao citar que uma velhice de qualidade, isto é bem-sucedida, é evidente em idosos que sustentam liberdade, autonomia e comprometimento ativo com a vida individual, com a família, com os amigos, com o lazer, com a vida social, como é o caso das entrevistadas de M.A.V.S., D.M.R. e J.C.A. Ambas conseguem desempenhar suas atividades diárias, e ambas tem envolvimento funcional com as demais áreas descritas.

Ainda frente ao exposto, Paschoal (2002), apresenta sua contribuição, semelhante a de Néri e Yassuda (2004), quando ressalta que perante às doenças e agravos afetuosos e sociais, o idoso tem como aproveitar satisfatoriamente a sua velhice, por meio das situações que se depara, desde que possua competência em acionar meios específicos, que por sua vez, exprimem destaque às técnicas de desalento, as confianças de auto-eficácia e de comando e as táticas de preferências, otimização e moderação.

Portanto os sujeitos colaboradores da pesquisa demonstraram possuir competências de vida diária como denomina Rolim e Forti (2004), quando demonstram ter capacidades para desempenhar satisfatoriamente as atividades estimadas como sendo fundamentais à vida independente. Estas por sua vez, são ligadas a razões socioculturais e a aspectos genético-biológicos, os quais mostrando a sua relação multifatorial, determinantes mo é o caso das definições de qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo buscou-se avançar na compreensão - por meio da análise e da construção de quatro entrevistas - a fim de compreender os aspectos envolvidos para vivenciar a velhice com qualidade de vida e ainda entender quando se inicia a velhice bem como seus aspectos gerais e também a percepção dos idosos em relação à qualidade de vida e às representações sociais, as quais as próprias entrevistadas se baseiam..

Frente às questões relacionadas à velhice, e à qualidade de vida na velhice, as respostas encontradas sofreram variações de opiniões, por serem elas fortemente influenciadas pelos aspectos psicológicos, culturais, biológicos e sociais, conforme descrito.

Destarte, neste estudo, buscou-se saber como é possível viver uma velhice com qualidade de vida. Ressalta-se que, para que haja uma velhice com qualidade de vida, Néri e Yassuda (2004) advertem que o idoso deve-se conservar autonomia, independência e envoltura ativa com a vida particular, familiares, amigos, repouso e vida em sociedade. Mostra-se em laboriosidade e em manutenção das funções sociais adultos.

Dessa forma, foi possível constatar que o objetivo deste trabalho - o qual procurou verificar como é possível viver a velhice com qualidade de vida - foi alcançado, uma vez que em apenas um caso não percebeu-se qualidade de vida, em razão da solidão e do desprezo que a entrevistada relatou vivenciar. Além disso, verificou-se isolamento quanto às atividades sociais, entretanto consegue desempenhar os afazeres de casa. Os demais casos demonstraram grande envolvimento com grupos, controle de suas enfermidades, bem como constante engajamento com situações de lazer, conforme quesito necessário segundo os autores supracitados, para ser considerado possuidor de qualidade de vida.

Em virtude do desenvolvimento desta pesquisa, foram suscitadas novas aprendizagens e avaliações acerca do tema, além de despertar um anseio maior em conhecer profundamente

dados sobre os grandes influenciadores para se ter uma velhice com qualidade de vida, que são os aspectos biológicos, culturais, psicológicos e sociais conforme foi descrito superficialmente, bem como as prevenções necessárias para se alcançar a velhice com qualidade de vida.

Durante a elaboração dos capítulos e, sobretudo da discussão e conclusão, foram encontradas muitas dificuldades em trazer para o papel, os reais sentimentos sobre o assunto. Por ser um tema tão vasto e interessante, certamente não foi esgotado, portanto, há ainda muito que ser conhecido e explorado.

Para tanto, sugere-se o desenvolvimento de mais pesquisas, sobretudo com o enfoque voltado para a necessidade de trazer reflexões sobre os processos de precauções para se ter e manter uma velhice com qualidade, a fim de que os considerados “velhos” possam adequar-se a um perfil para viver a velhice com qualidade de vida. Espera-se que partindo deste pressuposto, seja possível que outras precauções e estudos sobre velhice com qualidade de vida, passíveis de estudos, possam vir à tona.

O presente trabalho possibilitou-me a compreensão dos aspectos gerais do envelhecimento e da qualidade de vida, despertando interesse em verificar como o idoso aceita as mudanças decorrentes deste processo e de que maneira pode-se chegar a um envelhecimento saudável. Pois viver é envelhecer e não há como negar, embora seja um choque para muitos que procuram atenuar os sinais do tempo, pintando os cabelos, usando cremes que prometem milagres; no entanto sabe-se que a velhice é um processo natural e inevitável.

Apesar das perdas e os danos que o processo de envelhecimento traz, o homem pode envelhecer com qualidade de vida, mantendo um equilíbrio entre suas limitações e potencialidades o qual possibilitará lidar com as perdas inevitáveis que acometem o idoso.

A qualidade de vida depende do tipo de relações que se estabelece consigo mesmo, com os outros. Implica em estar satisfeito com a vida, resgatar a alegria e a descoberta de potencialidades que podem ser percebidas como prazerosas aos olhos do idoso. Manter-se ativo, fazer amigos, manter contatos sociais é de extrema importância para evitar sentimentos de solidão, rejeição, dentre outros.

É válido ressaltar que um idoso ativo, comprometido com eventos sociais e com suas tarefas diárias, demonstra um maior equilíbrio emocional e maior satisfação com a vida, nega-se sentimento de solidão e rejeição por sentir-se ainda capaz de realizar suas tarefas, apesar das dificuldades encontradas. Fatores estes verificados nas falas das entrevistadas J.A.C, D.M.R e M.A.V.S que afirmam ser pessoas ativas, autônomas e independentes. Sendo que o conforto do idoso pode estar não somente ligado ao físico, mas ao estado emocional, embora o corpo esteja desgastado ainda existe a possibilidade de adaptar-se a novos ritmos e situações, respeitando assim o limite de suas potencialidades e realizando aquilo que está ao alcance do próprio idoso.

O idoso traz consigo as perdas significantes que os anos promovem, e a avaliação que este faz de sua situação atual é um mediador importante de sua satisfação com a vida. Lembrando que o senso de bem-estar pode variar em função do número de eventos e pressões percebidas do ponto de vista individual sobre a redução de oportunidades e contatos sociais.

A realização deste trabalho acadêmico possibilitou-me reflexões a cerca do meu processo de envelhecimento. Enquanto lia e relia fui reavaliando minha própria vida e levantando questões sobre o envelhecimento normal, visando uma velhice saudável.

Percebi durante este período a grande importância de oferecer ao idoso condições de vida favoráveis para que ele possa manter-se independente, ativo e contribuir com a sociedade, apesar de que para a sociedade o idoso é visto como um inválido, imprestável, como se a velhice fosse uma doença e não um estado natural da vida. Esquecem que enquanto

jovens estes mesmos idosos trabalharam contribuindo para o desenvolvimento de muitos, constituíram famílias que muitas vezes os abandonam e os fazem sentir-se um peso para a sociedade em geral.

A idade deveria ser vista como uma "missão cumprida" e não como o fim da vida, como aparece para a maioria da população. Alguns autores afirmam que o idoso reflete sobre sua vida e associa este período da velhice como um passo para a morte, mas acredito que se houvesse valorização do idoso, despertar nele sentimentos de gratidão, autonomia e independência, teria maior probabilidade de aceitar a si mesmo e compreender sua condição buscando um bem-estar psicológico emocional, físico, otimização de expectativas de vida, amenizando assim os problemas físicos, psicológicos e sociais.

Portanto as informações levantadas, com certeza contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e acadêmico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. C. de. (2005) **Maturidade e perdas**. In: Viver plenamente. Org. Brasília: Liber Livros.
- Bauer, M. (2004). **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes.
- Brasi. (2001). Lei 10.173, de 9 de janeiro de 2001. **Código de Processo Civil**, para dar prioridade de tramitação aos procedimentos judiciais em que figure como parte pessoa com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos. Publicada no Diário Oficial da União, em 10 de janeiro de 2001.
- _____ (2002). Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Código Civil Brasileiro**. Publicado no Diário Oficial da União em 11 de janeiro de 2001.
- _____ (2003). Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto do idoso**. . Publicado no Diário Oficial da União em 30 de outubro de 2003.
- Bosi, M. L. M. (Org.) (2004); Mercado, F. J. (Org.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis: Vozes.
- Chaimowicz, F. (1998) **Os idosos brasileiros no século XXI**; demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Postgraduate.
- Debert, G. G. (1999) **A reinvenção da velhice**. São Paulo: EDUSP.
- Diogo, M. J. D'E.; Néri, A. L.; Cachione, M. (2004). **Saúde e Qualidade de Vida na Velhice**. Campinas: Alínea.
- Gimenez, M. G. (Org.) (1997). **A mulher e o câncer**. Campinas: PSY.
- González Rey, F. L. (1997) **Psicologia e Saúde: Desafios Atuais**. Porto Alegre: Revista Reflexão Crítica, Vol 10.
- _____ (2002) **Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira.
- _____ (2005) **Pesquisa Qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- _____ (2004) **Personalidade, saúde e modo de vida**. Tradução de Flor Maria Vidaurre Lenz da Silva, São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- _____ (2003) **Sujeito e Subjetividade**. Uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Pioneira Thomson.
- Guareschi, P.A.; Jovchelovitch, S. (Orgs.) (1995): **Texto em Representações Sociais Prefácio Serge Moscovici!**. Petrópolis: Vozes.

- Haddad, E. G. M. (1986) **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez.
- Jung, C. G. (2000) **A natureza da Psique**. Trad. Pe. Dom Mateus Ramalho Rocha. 5 ed. – Petrópolis, RJ: Vozes.
- Linhares, C. R. C. (2003) **Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre-RS, Vol. 16, nº. 2.
- Mascaro, S. A. (2004) **O que é Velhice**. São Paulo: Brasiliense.
- Minayo, M. C. S. (2001) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes.
- Neri, A. L. (1991) **Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não-idosos**. Campinas: Editora da Unicamp.
- _____ (2003) **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Campinas: Papyrus.
- Neri, A. L.; Yassuda, M. S. (Orgs.) (2004) **Velhice Bem sucedida: Aspectos Afetivos e Cognitivos**. Campinas: Papyrus.
- Okuma, S. S. (1998). **O Idoso e a Atividade Física: Fundamentos e Pesquisa**. Campinas: papyrus.
- Oliveira, F.; Werba, G. (2002). Representações Sociais. Em Jacques, M. G. (org), **Psicologia Social Contemporânea**. Petrópolis: Vozes.
- Olds, S. W; Papalia, D. E. (2000) **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed.
- Paschoal, S. M. P. (2002). **Tratado de Geriatria e erontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Profice, C. C. (2007) **As representações sociais do meio-ambiente: infância e ecossistema nas sociedades tradicionais**. Disponível em: <http://www.uesc.br/viverbrincando> > Acesso em: 04/07/2007
- Torres, S. V. S.; Sé, E. V. G.; Queiroz, N. C., (2004), **Fragilidade, Dependência e cuidado: Desafios ao Bem-estar dos idosos e de suas famílias**. Em Diogo, M. J.; Néri, A. L.; Cachioni, M., **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea.
- Ribeiro, J. L.P. (2002) **Qualidade de vida e doença oncológica**. Lisboa: Climepsi.
- Rolim, F.S.; Forti, V.A.M. **Envelhecimento e atividade física: auxiliando na melhoria e manutenção da qualidade de vida**. In: Diogo, M.J.D.; Neri, A.L.; Cachioni. *Saúde e Qualidade de vida na velhice*. Campinas, SP: Alínea, 2004.
- Rosa, T. E. da C.; Benício, M. H. D.; Latorre, M. R. D. de O. & Ram, L. R. (2003). **Fatores Determinantes da Capacidade Funcional entre Idosos**. Revista de Saúde Pública.
- Simões, R. (1998) **Corporeidade e a terceira idade: a marginalização do corpo idosos**. Piracicaba: UNIMEP.

Spink, M.J.P. (1992) **Psicologia da Saúde**: a estruturação de um novo campo do saber. Em F.C.B. Campos (Org.), *Psicologia e Saúde – Repensando práticas*. São Paulo.

Veloz, M. C. T. (1999) **Representações sociais do envelhecimento**. Florianópolis-SC, Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Saúde do Idoso do Ministério da Saude, 2000

APÊNDICE I: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – CONVERSAÇÃO



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS CURSO: PSICOLOGIA

Nome (iniciais):

Idade:

Profissão atual:

anterior:

Mora com quem?

Por que?

1. Para a senhora, com que idade uma pessoa fica velha?
2. O que faz uma pessoa ser considerada como sendo velha?
3. A senhora se considera uma pessoa velha? Por quê?
4. A senhora acha que a velhice pode ser considerada um “estado de espírito” ou está mais ligado ao “estado físico”?
5. Para a senhora o que mais pesa para uma pessoa que entrou na velhice: a solidão; a impossibilidade de trabalhar ou o desgaste físico? Por quê?
6. O que acha que é qualidade de vida?
7. A senhora considera que tem qualidade de vida?
8. O que faz com que seu ”processo” de envelhecimento tenha qualidade de vida?
9. A senhora possui alguma enfermidade física e/ou mental crônicas?
10. A senhora se considera uma pessoa ativa? O que faz que confirme isso.

APÊNDICE II: ENTREVISTA - CONVERSACÃO COM RESPOSTAS

ENTREVISTA 1

Nome (iniciais): J.C.A

Idade: 60

Profissão atual: *Aposentada*

anterior: *Professora*

Mora com quem? *Com um filho*

Por que? *Porque ele é solteiro.*

1. Para a senhora, com que idade uma pessoa fica velha?

A partir dos 80. Acho que quando as pessoas chegam aos 80, tem que assumir o peso da idade. Acho que vou envelhecer a partir dos 80.

2. O que faz uma pessoa ser considerada como sendo velha?

depende do estado físico, mental e o que mais pesa. Muitas vezes, igual ao meu paizinho, vou citar ele como exemplo, a cabecinha dele ta boa, dando de realizar tanta coisa, mais fisicamente tadinho, não da dando conta nem de andar, eu penso nesse sentido né.

3. A senhora se considera uma pessoa velha? Por quê?

Não eu não me considero velha, eu não me sinto velha, eu do conta de realizar todos os meus afazeres caseiros. Não depende de medicamentos nenhum, nunca tive pressão alta. Não sou jovem, mais tenho assim resistência de uma pessoa que não ta tão velha. Não me considero velha, não me sinto velha.

4. A senhora acha que a velhice pode ser considerada um “estado de espírito” ou está mais ligado ao “estado físico”?

Os dois. Uma coisa ta ligada a outra.

5. Para a senhora o que mais pesa para uma pessoa que entrou na velhice: a solidão; a impossibilidade de trabalhar ou o desgaste físico? Porque?

A impossibilidade de trabalhar né. É difícil a pessoa se sentir incapaz. Eu acho que o que mais pesa e se sentir incapaz. eu não sinto solidão, nem lembro que estou sozinha, eu não acredito mais em solidão. E o desgaste físico também porque a pessoa perde a capacidade de agir e trabalhar.

6. O que acha que é qualidade de vida?

A pessoa viver bem com tudo em com todos. A pessoa viver em paz, ser feliz com sigo mesma e amar e respeitar o próximo. Porque tudo foi fato da qualidade de vida. Eu acredito que isso é voltado para o relacionamento da pessoa com ela mesma e com o próximo. A pessoa estando bem consigo mesma, sendo uma pessoa de paz, tendo estrutura, mesmo bem financeiramente tendo muito dinheiro bem! se não tiver, ta vivendo do mesmo jeito. Eu acho que dinheiro e complemento, a gente tem que ter estrutura espiritual de vida que tanta gente vive com muito ou com pouco.

7. A senhora considera que tem qualidade de vida?

Eu considero minha vida boa, to feliz com a vidinha que Deus me deu. Graças a Deus eu convivo bem com todo mundo, com filho, com neto, com amigos, com vizinhos, com colegas de trabalho. Eu sinto assim que minha vida tem qualidade em todos os aspectos.

8. O que faz com que seu "processo" de envelhecimento tenha qualidade de vida?

Tomar cuidados, alimentação, uma visita ao medico de vez em quando, exame de rotina pra ver se ta tudo bem. E um conjunto de coisas que faz com que a gente envelheça com uma estrutura bem sólida.

9 A senhora possui alguma enfermidade física e/ou mental crônicas?

Não.

10. A senhora se considera uma pessoa ativa? O que faz que confirmar isso.

Me considero ativa. Porque ate hoje nunca encontrei algo que eu rejeitei porque não desse conta de fazer. Tenho meu serviço caseiro, minha costurinha, dou conta de cuidar das minhas coisas. Não to ativa no serviço publico, mas nos afazeres domesticos, é tanto que os meninos brigam e dizem: vou pagar uma empregada pra você, mas eu digo não quero não, ela vai me deixar um pouco acomodada e não é bom pra minha qualidade de vida. Porque quando as meninas moravam aqui elas não deixavam eu limpar o chão, era um cuidado só, o dia que eu ia limpava a casa eu ficava de cama, dor de cabeça, dor no corpo e nas pernas, mas agora limpo , passo, lavo e não sinto nada. A gente tem que tá na ativa, se não tiver em uma coisa tem que tá em outra.

ENTREVISTA 2

Nome (iniciais): *M. A. V. S*

Idade: *67*

Profissão atual: *Funcionária Pública* anterior: *Do lar*

Mora com quem? *3 Filhos e 1 neto*

Por que? *Porque 2 são solteiro, 1 separado e o filho deste..*

1. Para a senhora, com que idade uma pessoa fica velha?

Muitas pessoas dizem que a velhice está na cabeça, mas não é, o corpo envelhece. Pra mim é a partir dos 50.

2. O que faz uma pessoa ser considerada como sendo velha?

Olha cada caso é um caso. Acho que é quando as forças físicas vão acabando e a mente já não acompanha o dia a dia..

3. A senhora se considera uma pessoa velha? Por quê?

Já estou velha. Porque não consigo mais fazer o que eu fazia antes. Mas mentalmente não me considero velha não. .

4. A senhora acha que a velhice pode ser considerada um "estado de espírito" ou está mais ligado ao "estado físico"?

Pra mim são os dois.

5. Para a senhora o que mais pesa para uma pessoa que entrou na velhice: a solidão; a impossibilidade de trabalhar ou o desgaste físico? Porque?

O Desgaste físico. Porque eu não consigo hoje fazer o que eu fazia antes. Eu sinto esse desgaste fisicamente.

6. O que acha que é qualidade de vida?

Estar na ativa.

7. A senhora considera que tem qualidade de vida?

Sim. Porque tenho e faço tudo que minha idade precisa. Estou engajada em grupos sociais e da igreja, faço hidroginástica. .

8. O que faz com que seu "processo" de envelhecimento tenha qualidade de vida?

Faço hidroginástica, viajo todas as férias, trabalho fora e em casa, participo dos grupos.

9 A senhora possui alguma enfermidade física e/ou mental crônicas?

Sim, reumatismo..

10. A senhora se considera uma pessoa ativa? O que faz que confirmar isso.

Sim. Porque trabalho até hoje fora e em casa. Estou sempre me movimentando. .

ENTREVISTA 3

Nome (iniciais): D.M. R.

Idade: 65

Profissão atual: *Do Lar*

anterior: *Doméstica*

Mora com quem? Esposo

Por que? *Porque os filhos casaram e foram construir suas vidas*

1. Para a senhora, com que idade uma pessoa fica velha?

Pra mim, a partir dos 50 anos. Chegou aos 50 já é velho.

2. O que faz uma pessoa ser considerada como sendo velha?

Pra mim é o desprezo. Porque quando a família despreza as pessoas, ela se considera velha.

3. A senhora se considera uma pessoa velha? Por quê?

Olha vou falar o que eu sinto: eu não me considero velha. Porque hoje eu passeio, saio, antes não tinha essa chance de sair, de fazer nada de bom. Hoje aproveito mais a vida que antes.

4. A senhora acha que a velhice pode ser considerada um "estado de espírito" ou está mais ligado ao "estado físico"?

Estado físico. Porque a pessoa fica tão sem força que ela considera mais velha, por causa das doenças que aparece.

5. Para a senhora o que mais pesa para uma pessoa que entrou na velhice: a solidão; a impossibilidade de trabalhar ou o desgaste físico? Porque?

Esses três aí, se encaixa, porque todos eles pesam. A solidão é ruim, a pessoa também vê um serviço e não consegue fazer, também é ruim, e as doenças também complicam, porque surge as dores.

6. O que acha que é qualidade de vida?

É viver uma vida saudável. Sem muitos aborrecimentos e exageros.

7. A senhora considera que tem qualidade de vida?

Sim. Porque minha vida é assim: meu esposo não me empata de viajar; na minha casa tenho liberdade. Faço as coisas em casa. Assim.

8. O que faz com que seu "processo" de envelhecimento tenha qualidade de vida?

Viver sempre tranqüila e em paz. Porque o que mais precisa na velhice é muita paz. Também faço hidroginásticas.

9 A senhora possui alguma enfermidade física e/ou mental crônicas?

Sim, hipertensão..

10. A senhora se considera uma pessoa ativa? O que faz que confirme isso.

Sim. Porque faço tudo em casa, faço compras, faço todos os serviços de casa e participo de grupos sociais da igreja. Ajudo em pastorais.

ENTREVISTA 4

Nome (iniciais): *M.A.G.*

Idade: *70*

Profissão atual: *aposentada*

anterior: *ajudante pedreiro (ajudou na construção de Brasília)*

Mora com quem? *Sozinha*

Por quê? *Só teve um filho que morreu e ninguém quer morar com ela*

1. Para a senhora, com que idade uma pessoa fica velha?

Não tem idade. Depende do comportamento, da vivencia, da vontade de viver e trabalhar.

2. O que faz uma pessoa ser considerada como sendo velha?

Mudança. Ela fica feia, acabada, ela sai da sociedade por ela mesma desconfiar que não cabe mais ali.

3. A senhora se considera uma pessoa velha? Por quê?

Considero pela aparência, a força que não tenho mais, mas pelo espírito me considero nova.

4. A senhora acha que a velhice pode ser considerada um "estado de espírito" ou está mais ligado ao "estado físico"?

Estado físico. Perdemos as forças pra fazer o que fazia antes. Mas o espírito continua jovem, porque o espírito não envelhece né?

5. Para a senhora o que mais pesa para uma pessoa que entrou na velhice: a solidão; a impossibilidade de trabalhar ou o desgaste físico? Por quê?

A solidão, o desgaste e o desprezo, porque não convivo mais com as pessoas com convivia; fico muito só e abandonada.

6. O que acha que é qualidade de vida?

Companhia, saúde e família. Quando estamos com as pessoas que gostamos, a gente fica mais feliz e vivi melhor. Ter saúde pra viver bem, pra ter alegria e vontade de viver. A doença tira da gente a capacidade de fazer o que fazia antes, faz a gente necessitar dos outros; e isso minha filha é horrível porque ninguém dá atenção para o velho.

7. A senhora considera que tem qualidade de vida?

Não. Tenho muito desgosto, as coisas são difíceis, a vida financeira é difícil. O que ganho é pouco, compro alguns remédios, e assim sobrevivo.

8. O que faz com que seu "processo" de envelhecimento tenha qualidade de vida?

Eu acho difícil. Que para eu mudar o modo de viver pra ter alegria, deveria ter alguém do meu lado, mas a maior dificuldade é a solidão.

9. A senhora possui alguma enfermidade física e/ou mental crônicas?

Dor na perna, que responde na coluna. Pressão alta e já tive derrame.

10. A senhora se considera uma pessoa ativa? O que faz que confirme isso.

Sou sim graças a Deus. Não visito vizinhas nem participo mais de grupos de igreja, porque tenho dificuldade para andar. Mas faço tudo em casa, não tenho ninguém pra cuidar de mim.