

Vivian Cristina Pacola Alves

**Stress e Qualidade de Vida em grupos de
idosos: análise e comparação**

**Campinas
2008**

Vivian Cristina Pacola Alves

Stress e Qualidade de Vida em grupos de idosos: análise e comparação

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Puc-Campinas como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia

Orientadora: Profa^o. Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp

**Campinas
2008**

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t152.43 Alves, Vivian Cristina Pacola.
A474s Stress e qualidade de vida em grupos de idosos: análise e comparação / Vivian Cristina
Pacola Alves. - Campinas: PUC-Campinas, 2008.
x, 89p.

Orientadora: Marilda Emmanuel Novaes Lipp
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de
Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

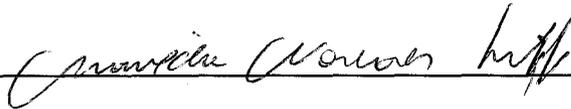
1. Stress (Psicologia). 2. Envelhecimento - Aspectos psicológicos. 3. Idosos (Psicologia).
4. Idosos - Saúde mental. 5. Qualidade de vida. 6. Religiosidade. I. Lipp, Marilda Novaes. II.
Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós- Graduação
em Psicologia. III. Título.

18ed. CDD - t152.43

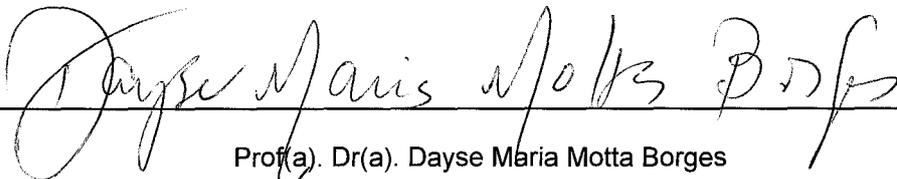
Vivian Cristina Pacola Alves

Stress e Qualidade de Vida em grupos de idosos:
análise e comparação

Banca Examinadora



Presidente Profa. Dra. Marilda Emmanuel de Novaes Lipp



Prof(a). Dr(a). Dayse Maria Motta Borges



Prof(a). Dr(a). Carla Witter

Puc-Campinas
2008

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser meu guia, em todos os momentos da minha vida.

À minha estimada orientadora Dra. Marilda Lipp, pessoa importante na minha formação, que com sua paciência e acolhimento me encorajou cada vez mais a não desistir e a confiar em mim mesma.

À minha mãe Ana Maria e ao meu pai Hamilton, pessoas que me acompanham, compartilhando o maior número de sentimentos possíveis. Essenciais na minha história e no meu futuro.

Ao meu irmão Luiz Gustavo, meu orgulho e meu ídolo.

Ao Adriano, pessoa que há pouco tempo faz parte da minha vida e já se tornou essencial.

A todos meus amigos, pessoas importantes e participantes na minha caminhada rumo à formação em Mestre em Psicologia.

Ao CNPq, por ter subsidiado durante toda essa jornada do meu estudo.

A todo pessoal do LEPS, que de maneira direta ou indireta, contribuíram para a obtenção do título de Mestre.

Aos idosos participantes da pesquisa, que foram importantes na contribuição do avanço científico do país e, principalmente, foram essenciais na minha evolução pessoal.

Aos responsáveis pelas instituições, que me permitiram coletar os dados, e com isso realizar a presente pesquisa. Agradeço a disposição e o interesse pela construção de conhecimentos nessa área.

Dedico esse trabalho aos meus avôs Ana e Pedro, que mesmo sem conhecimento científico, me ensinaram muito sobre a vida e estarão sempre presentes na minha vida, passe o tempo que for.

INDÍCE

| | |
|---------------------------------------|------|
| AGRADECIMENTOS | II |
| ÍNDICE | IV |
| ÍNDICE DE TABELAS | V |
| ÍNDICE DE FIGURAS | VI |
| ÍNDICE DE ANEXOS..... | VII |
| APRESENTAÇÃO..... | VIII |
| RESUMO..... | IX |
| ABSTRACT..... | X |
| INTRODUÇÃO..... | 1 |
| MÉTODO..... | 57 |
| PARTICIPANTES..... | 57 |
| INSTRUMENTOS..... | 58 |
| LOCAL..... | 61 |
| PROCEDIMENTO..... | 61 |
| MÉTODO DE ANÁLISE DOS RESULTADOS..... | 62 |
| RESULTADOS..... | 63 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 87 |
| REFERÊNCIAS..... | 89 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1. Percentual de presença e ausência de sintomas nos itens físicos do Quadro 1..... | 67 |
| Tabela 2. Percentual de presença e ausência de sintomas nos itens psicológicos do Quadro 1 | 68 |
| Tabela 3. Percentual de presença e ausência de sintomas nos itens físicos do Quadro 2 | 68 |
| Tabela 4. Percentual de presença e ausência de sintomas nos itens psicológicos do Quadro | 69 |
| Tabela 5. Percentual de presença e ausência de sintomas nos itens físicos do Quadro 3 | 70 |
| Tabela 6. Percentual de presença e ausência de sintomas nos itens psicológicos do Quadro 3..... | 70 |
| Tabela 7. Percentual de Sucesso e fracasso nas quatro áreas avaliadas pelo IQV | 71 |
| Tabela 8. Estatística Descritiva do Levantamento de Fontes de Stress..... | 74 |
| Tabela 9. ANOVA dos escores do ISSL em função dos grupos..... | 76 |
| Tabela 10. Análise de diferença de média (Anova) para os itens do Levantamento de Fontes de Stress que foram significativos em nível de $p=0,05$ | 78 |
| Tabela 11. Média e desvio-padrão para itens do Levantamento de Fontes de Stress em que houve diferença significativa de média..... | 79 |
| Tabela 12. Correlação entre Escore total no ISSL e escore de sintomas físicos e psicológicos nos quadros do ISSL com os quadrantes do IQV.... | 81 |
| Tabela 13. Correlação entre idade e Escore total no ISSL, escores físicos e psicológicos nos quadros do ISSL e quadrantes do IQV..... | 83 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1. Porcentagem de participantes com e sem stress por fase | 63 |
| Figura 2. Stress no grupo de residentes do asilo | 67 |
| Figura 3. Stress no grupo da UNATI..... | 65 |
| Figura 4. Stress no grupo de atividades religiosa..... | 66 |
| Figura 5. Qualidade de Vida dos residentes de asilo..... | 72 |
| Figura 6. Qualidade de Vida dos estudantes da UNATI | 72 |
| Figura 7. Qualidade de Vida do grupo de atividades religiosas | 73 |
| Figura 8. Comparação entre idade e escore total no ISSL..... | 84 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Anexo A-1. Termo de Consentimento Livre Esclarecido para os participantes | 106 |
| Anexo A-2. Termo de Consentimento Livre Esclarecido para a Instituição..... | 108 |
| Anexo B. Formulário para identificação dos participantes..... | 110 |
| Anexo C. Levantamento de Fontes de Stress | 111 |
| Anexo D. Inventário de Qualidade de Vida – IQV | 114 |

APRESENTAÇÃO

Mais do que qualquer outra época, o século XX se caracterizou por profundas e radicais transformações, destacando-se o aumento do tempo de vida da população. A esperança de vida experimentou um incremento de cerca de 30 anos ao longo do século XX, numa profunda revolução demográfica e da saúde pública.

Um indivíduo, ao chegar à meia idade, começa a entrar cada vez mais em contato com algumas situações ainda não vividas por ele, como por exemplo, onde vai morar, se sozinho, se com os filhos, se em asilos, se vai trabalhar, se terá a oportunidade de voltar a estudar, ou continuar, se participará de programas destinados especificamente à sua faixa etária, os quais possam promover a qualidade de vida, etc. Tudo isso são questões que a maioria dos idosos se deparam ao longo dessa fase da vida.

Com base nas considerações apresentadas acima, este estudo apresenta uma introdução teórica e científica dos aspectos relacionados ao envelhecimento humano, à qualidade de vida, ao stress, à religião, à residência em asilo, à participação em grupo religioso e a participação na Universidade da Terceira Idade. Em outra parte do trabalho, também são expressos os objetivos, o método, incluindo os participantes, os instrumentos utilizados para a coleta de dados, o local e o procedimento. São mencionados os testes estatísticos utilizados para realizar as análises dos dados, que foram apresentados em forma de porcentagem. Finalizando, apresenta-se a discussão, conclusão de

todo o estudo realizado, referências utilizadas e os anexos contendo os questionários aplicados.

PACOLA, V.C.A. (2007). **Stress e Qualidade de Vida em grupos de idosos: análise e comparação.** Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, PUCCAMP. (X – 114P).

RESUMO

Este estudo teve por objetivo comparar a incidência de stress, nível da qualidade de vida e fontes de stress entre três grupos diversificados de idosos (participantes da Universidade da Terceira Idade, residentes de asilo e idosos que participam ativamente de um grupo religioso católico). A amostra foi composta por 60 pessoas, sendo 30 homens e 30 mulheres, na faixa etária entre 64 e 81 anos de idade. Os resultados demonstraram que, 55% dos participantes não apresentavam sintomas significativos de stress, 33,5% se encontraram na fase de resistência, sendo que os idosos que residiam no asilo eram os mais prejudicados, apresentando 55% de stress, enquanto 60% dos idosos estudantes da UNATI, não apresentaram sintomas significativos de stress e 75% dos idosos participantes de atividades religiosas não apresentaram sintomas significativos de stress. Um baixo nível de qualidade de vida foi constatado nos três grupos, principalmente no que diz respeito à saúde. Sociabilidade e afetividade mostraram-se as áreas mais preservadas, ressaltando que todos os participantes que responderam ao quadrante profissional apresentaram índice de fracasso. Preocupações quanto a depender de outras pessoas, desempenharem atividades de rotina como ir a bancos, supermercados e feiras e notar em si perdas físicas como de audição, visão e outros foram apontados como as fontes de estressoras mais importantes nos três grupos. Os resultados da pesquisa sugerem a importância de se implementar programas de controle do stress para idosos, principalmente para os que residem em asilos.

PACOLA, V.C.A. (2007). Stress and Quality of Life in groups of aged: analysis and comparison. Master Thesis, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, PUCCAMP. (X – 114P).

ABSTRACT

The present study had for objective to compare the presence of stress, level of quality of life and presence of stressors in three different groups of aging subjects: a group that were taking courses at an University Special Program for the Aged; a group that lived in a home for the aged and another group that lived at home and engaged in Catholic religious activities on a regular basis. Sixty people (30 men and 30 women) participated in the study, ranging from 60 to 81 years of age. Results showed that 55% of the sample did not present signs of emotional stress, 33,5% were in the resistance stage of stress and 55% of the people who lived in the home for the aged had significant more stress symptoms while 60% of the University attendants and 70% of the religious activity group did not have such symptoms. A low level of quality of life was found in all three groups, especially in the health area. Social and affective areas were the ones most preserved in quality.

Worrying about depending upon others, routine activities, such as going to the bank, supermarket, and to perceive physical losses, such as vision, audition and others were mentioned as the greatest sources of stress in the three groups. Results indicate the importance of special stress management programs for the age group, especially those who live in homes for the aged.

Envelhecimento populacional

“Não temos de nos preocupar em viver longos anos, mas em vivê-los satisfatoriamente; porque viver longo tempo depende do destino, viver o domínio de si mesmo depende da alma. A vida é longa quando é plena; e se faz plena quando a alma recuperou a posse de seu próprio bem e transferiu para si o domínio de si mesma.”

Sêneca, Cartas a Lucílio

No início do novo milênio, na maioria dos países do continente, vem ocorrendo com maior impacto, o fenômeno do envelhecimento populacional, uma vez que no século passado consolidou-se uma tendência que vem se mostrando ininterrupta e que constitui o aumento de expectativa de vida ao nascer do homem.

Ao mesmo tempo em que traz uma sensação de vitória sobre a finitude, também cria para todos os cidadãos uma série de situações a serem enfrentadas, decorrentes do aumento da expectativa de se viver mais. Esse envelhecimento populacional resulta de um processo gradual de transição demográfica que, independentemente de estar ocorrendo em países ricos ou naqueles tidos como pobres, modifica a idade de morrer, e um número maior de pessoas é acometido por uma incidência elevada de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes. A Organização das Nações Unidas – ONU (2002), considera o período de 1975 a 2025 a Era do Envelhecimento. Nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional foi ainda mais significativo e acelerado, destaca a ONU: enquanto nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o crescimento observado foi de 54%, nos países em desenvolvimento

atingiu 123%. Cançado (1996) verificou que o aumento do número de idosos também tem sido acompanhado por um acréscimo significativo nos anos de vida da população brasileira. A expectativa de vida, que era em torno de 33,7 anos em 1950/1955, passou para 50,99 em 1990, chegou até 66,25 em 1995 e deverá alcançar 77,08 em 2020/2025.

A Organização Mundial de Saúde – OMS (2004) estima que em 2020 três quartos de todas as mortes observadas nos países em desenvolvimento estarão relacionadas ao processo de envelhecimento, como câncer, doenças do aparelho circulatório e diabetes. Os demógrafos têm anunciado que a projeção para os próximos 20 anos é de que 70% das pessoas com 60 anos ou mais estarão vivendo em países em desenvolvimento, 370 milhões dos 600 milhões de idosos do mundo, que existe hoje em dia, já vivem em países em desenvolvimento. Decorrem desse fato preocupações para a busca de alternativas, sem perda de tempo, para fazer frente a profundas mudanças que interferem, indiscutivelmente, em toda a estrutura socioeconômica da sociedade.

Vieira (1999) aponta que apesar da sociedade muitas vezes encarar a velhice como decadência, doença e um peso social, observa-se um movimento discreto por parte de alguns segmentos sociais para rever os mitos dessa fase da vida. A imagem do idoso nos meios de comunicação tem ocupado um maior espaço. Vê-se cada vez mais a presença de pessoas idosas em propagandas e programas de televisão. As agências de turismo vêem nessa população um campo de investimento, pela disponibilidade de tempo e de recursos econômicos.

Litvoc e Brito (2004) destacaram em seus estudos que, especificamente no caso do Brasil, o aumento populacional do envelhecimento é decorrente de mudanças que vêm acontecendo de maneira muito rápida nas três últimas décadas, e caracterizadas basicamente pela redução da mortalidade infantil e pelo declínio acentuado da fecundidade. Define-se como taxa de fecundidade o número médio de filhos por mulher em idade reprodutiva. As mudanças populacionais no país estão também relacionadas com a estrutura etária, há uma diminuição da população de crianças e jovens, como absolutos, e um aumento progressivo da expectativa de vida ao nascer em anos, que hoje, no Brasil, é de 73 para as mulheres e de 65 para os homens.

As múltiplas facetas que caracterizam o processo do envelhecimento humano exigem que a abordagem e a busca do conceito de saúde definido como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, amplamente difundido, pela OMS a partir de 1947, e retomado e ampliado a partir da sua histórica Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de 1978, incorpore não somente o controle das doenças, mas, e principalmente, o conceito de promoção de saúde. Nessa Conferência, que ficou conhecida como Declaração de Alma-Ata, o conceito de promoção e proteção de saúde da população é descrito como essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida para a paz mundial.

Esse aumento significativo de uma população em envelhecimento traz para a saúde pública do país, questões de suma importância, exigindo com

urgência, um espaço na agenda política de assistência que englobem todos os setores da sociedade brasileira.

Chaimowicz (1987) analisou os processos de transição demográfica e epidemiológica no Brasil, no final dos anos 90. O autor buscou caracterizar a situação de saúde dos idosos no país. Por meio de informações originadas dos censos demográficos de 1991 a 1996, de Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílio (PNADS), e de estudos transversais, realizados pelo próprio autor nas regiões metropolitanas das cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, Chaimowicz constatou que, em média, o número de patologias crônicas como a osteoartrite, dispnéia ao esforço ou diminuição da acuidade visual que acometem os idosos é muito elevada (o número de casos registrados salta de 4,6 para 5,8 entre os 65 e 75 anos de idade).

Outro estudo, citado por Chaimowicz (1987), revelou, mediante inquérito domiciliar realizado em amostra aleatória de 1602 indivíduos com 60 anos ou mais do município de São Paulo, em 1989, que apenas 14% dos entrevistados consideravam-se livres de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, asma, reumatismo, derrame e insônia. Dentre os grupos de menor poder aquisitivo, 17% dos idosos referiam-se à presença de pelo menos cinco condições simultâneas, e um terço foi considerado possível, caso no *screening* de saúde mental. Nesse estudo realizado por Chaimowicz, os dados revelaram um envelhecimento populacional decorrente de um processo de transição demográfica, definida por uma inversão da pirâmide etária populacional, na qual se observa um estreitamento da base, ocupada pelas categorias etárias mais jovens, e um alargamento do ápice, ocupada pela população mais idosa.

Veras (1994) menciona que a prevalência de doenças de intervenção primária, como as infecto-contagiosas, passam a ser substituídas por quadros patológicos mais complexos e de intervenção mais cara (necessitam de pessoal qualificado, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares de alto custo), como as cardiovasculares, câncer e stress, que acometem, predominantemente, a população idosa.

A mudança do perfil populacional e a forma de políticas públicas de saúde que reagem ou que deveriam reagir, chamam a atenção para a questão do envelhecimento populacional como um problema de Estado. Conforme analisou Chaimowicz (1987), houve modificação no perfil de saúde da população, em vez de processos agudos que se resolvem rapidamente por meio da cura ou do óbito, tornaram-se predominantes às doenças crônicas e suas complicações, o que implica longos períodos de utilização de serviços de saúde.

Salgado (1997) em seus estudos com outra perspectiva sobre o envelhecimento populacional, verificou que se cria uma identidade para a velhice, definindo-a como um tempo da vida caracterizado pela inatividade, passando a ser delimitada não mais pelas transformações fisiológicas, mas por um advento social, a aposentadoria, na qual o indivíduo passa pela transposição da categoria de trabalhador pra ex-trabalhador, de produtivo para improdutivo; de cidadão ativo para inativo. Observando assim, um processo de generalização da aposentadoria. A aposentadoria decreta funcionalmente a velhice, ainda que o indivíduo não seja velho sob o ponto de vista biológico, é uma forma de produzir a rotatividade de mão – de – obra no trabalho, pela troca de gerações.

O envelhecimento deixa de ser uma interrupção da vida em sociedade para passar a outra forma de ação social, os idosos são “representados” pelo Movimento dos Aposentados e Pensionistas (MAP), defrontando-se com três instâncias: na primeira, embatem-se com os trabalhadores da ativa, na segunda, os aposentados defrontam-se com o Estado, acusado de ser o principal responsável pela situação marginal vivenciada pelos idosos na sociedade. Essa situação é apontada como fruto de um descaso político, do mau gerenciamento do sistema previdenciário e da propagação de uma ideologia dominante que pretende homogeneizar as diferentes formas de vivenciar a velhice. Na terceira instância os aposentados defrontam-se com as ações tutelares dos grupos de Terceira Idade, cujas propostas, de lazer e recreação para idosos, de acordo com dirigentes do MAP, enfraquecem e desvirtuam interesses concretos.

Embora as questões demográficas e/ou econômicas sejam aspectos plausíveis como justificativa de reformulação de políticas públicas dirigidas à população idosa, elas são insuficientes para revelar e explicar a totalidade dos fatos que emergem da velhice. De acordo com Debert (1999), explicar por razões de ordem demográfica a aparente quebra da “conspiração do silêncio” em relação à velhice é perder a oportunidade de descrever os processos por meio dos quais o envelhecimento se transforma em um problema que ganha expressão e legitimidade, no campo das preocupações sociais do momento. Entendendo-se, assim, a velhice como uma construção social, em que os recortes de idade e a definição de práticas legítimas associadas a cada etapa da vida não são compreendidos como conseqüências de uma evolução

científica marcada por formas cada vez mais precisas de estabelecer parâmetros no desenvolvimento biológico humano.

Segundo Teixeira (2006) o conceito de envelhecimento, diferente do que é normalmente entendido, refere-se a um processo que se inicia com o nascimento e termina com a morte. Assim, o termo envelhecimento não é sinônimo de velhice; no entanto, um conceito depende do outro. Grande parte das vezes, uma velhice com qualidade estará em dependência de alguns fatores diretamente relacionados ao estilo de vida.

Stuart-Hamilton (2002) afirma que rejuvenescer geralmente significa mascarar a velhice e o processo de envelhecimento; a partir, muitas vezes, do uso de tecnologias cosméticas.

Peixoto (1998) verificou que na França do século XIX, a velhice era caracterizada por pessoas que não podiam assegurar financeiramente seu futuro, o indivíduo despossuído, o indigente, pois as pessoas com certo patrimônio eram designadas patriarcas com experiência preciosa, que detinham certa posição social, administravam seus bens e desfrutavam de respeito. Esse recorte social da população de mais de 60 anos foi acompanhado de locuções diferenciadas para tratar cada grupo de pessoas da mesma idade: designavam-se correntemente como velho (*Vieux*) ou velhote (*Viellard*) os indivíduos que não detinham status social, enquanto os que possuíam eram, em geral, designados idosos (*Personne âgée*). No Brasil, Peixoto (1998), analisou que a conotação negativa do vocábulo velho seguiu um processo semelhante ao da França, porém em período mais recente. Os documentos oficiais publicados antes dos anos 60 denominavam as pessoas pertencentes à faixa etária de 60 anos simplesmente de velhas, e somente no

final da década que certos documentos oficiais e a maioria das análises sobre velhice recuperaram a noção de idoso.

O termo Terceira Idade é uma construção das sociedades contemporâneas e vem sendo empregado por acreditar-se que é isento de depreciativas e atende as necessidades e interesses do mercado de consumo emergente. Refere-se, em geral, àqueles idosos que ainda não atingiram a velhice mais “avançada”, estão na faixa dos 55 aos 70 anos, e inclui, fundamentalmente, indivíduos que ainda têm boa saúde e tempo livre para o lazer e para novas experiências nessa etapa da vida.

A Gerontologia, como um campo de saber específico, aborda cientificamente múltiplas dimensões que vão desde a Geriatria como especialidade médica, passando pelas iniciativas da psicologia e das ciências sociais voltadas para discussão de formas de bem-estar que acompanham o avanço das idades, até empreendimentos voltados para o cálculo dos custos financeiros que o envelhecimento da população trará para a contabilidade nacional. Como abordagem multidisciplinar, a Gerontologia contribuiu para a constituição do idoso em um problema social e se empenhou na sensibilização da sociedade brasileira para os dramas do envelhecimento. A tendência do discurso gerontológico, entretanto, é hoje desconstruir seu objeto de estudo e intervenção..

Em 1950 foi fundada a AIG (Associação Internacional de Gerontologia), que surgiu através de interesses de cientistas e de diferentes áreas, como ciências biológicas, clínicas, comportamentais e sociais, pelos mecanismos básicos que envolvem o envelhecimento, pela saúde e bem estar do idoso. Entendo o envelhecimento como um “fenômeno biológico que afeta todos os

seres vivos” e não mais como uma “doença universalmente fatal”, observando que os fatores comportamentais, ambientais e sócio-econômicos tinham impacto na longevidade e no estado de saúde (Boletim da Associação Internacional de Gerontologia, 1993).

Para Neri e Debert (2001) como o crescimento do envelhecimento humano alcançou um *boom* nessa última década, houve uma maior constituição de centros de estudo e de formação de profissionais voltados para trabalhar com idosos, na abertura de espaços para reuniões e discussões sobre essa temática e na criação de áreas especificamente voltadas para o estudo do envelhecimento, no interior de disciplinas acadêmicas plenamente constituídas.

Brito e Litvoc (2004) constataram que o envelhecimento ainda é motivo de controvérsias no que se diz respeito da sua natureza e dinâmica de seu processo, mesmo sendo um fenômeno comum a todos os seres vivos. Ao envelhecimento humano aplicam-se as mesmas dificuldades de caracterização e definição do fenômeno. Com efeito, permanecem ainda dúvidas a respeito dos mecanismos que acarretam modificações tão profundas das funções orgânicas das pessoas idosas, particularmente daquelas que atingem idades mais avançadas da vida, o que torna adultos saudáveis em velhos frágeis, com redução das reservas funcionais e aumento exponencial da vulnerabilidade a muitas doenças e, conseqüentemente, à morte.

Com a existência de numerosos conceitos e de mecanismos propostos para dar explicação ao fenômeno, torna-se clara a dificuldade de aceitar em sua plenitude qualquer das numerosas definições, pois todas estão longe de vislumbrar os intrincados caminhos que permeiam o processo. De qualquer

forma, pode-se aceitar, com a restrição assinalada, que o envelhecimento é caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, no qual interagem inúmeros fatores biológicos, psíquicos e sociais.

Charlotte Buhler (1935) representou um avanço nos estudos, pois abrangeu toda a extensão da vida humana, podendo ser considerado o precursor das proposições teóricas contemporâneas. Através de pesquisas empíricas, com autobiografias de homens adultos coletados em situação clínica, a autora estabeleceu um modelo de cinco fases, em que conjuga idade cronológica, os movimentos de expansão, culminância e contração e o princípio de que o desenvolvimento psicológico é orientado por metas em torno das quais a personalidade se organiza.

Neugarten (1964) foi outra pioneira nas pesquisas na área de adulto, da meia-idade e da velhice, ela estendeu o período crítico para além do biológico, o que tanto marcou o enfoque nativista ou maturacionista em psicologia do desenvolvimento. Segundo Neugarten, o período crítico para a consecução de uma tarefa evolutiva está primordialmente ligada à noção de norma ou regulação social. De fato, se está em dia como o exercício dos papéis esperados para sua idade, o adulto é aceito como maduro. Dessa aceitação deriva um senso de normalidade e de ajustamento.

A burocracia da aposentadoria, as dificuldades financeiras, os problemas com o atendimento de saúde, morte de amigos e familiares e a discriminação social tornam o idoso cada vez mais susceptível ao stress e à depressão. Talvez estes problemas estejam na origem da alta prevalência de depressão encontrada nesta população. Mas mesmo assim, o stress, considerado

precursor de diversas doenças, não tem recebido atenção nos estudos com idosos no Brasil (Luft, Sanches, Mazo & Andrade 2007).

Stress

O termo *stress*, cunhado originalmente do inglês (em português, estresse), deriva do latim *stringere* e significa apertar, cerrar, comprimir (Houaiss *et al.*, 2001), embora o seu conceito tenha sido primeiramente descrito por Hans Selye, em 1956, que o definiu como sendo, essencialmente, o grau de desgaste total causado pela vida. Contudo, no século XVII, o termo foi utilizado por Robert Hooke, no campo da Física, para designar uma pesada carga que afeta uma determinada estrutura física.

Não só o excesso de stress é prejudicial a um indivíduo, proporcionando-lhe a manifestação de doenças, como também a sua falta, que vai levar à formação de um ser acomodado e despreparado para os desafios diários, geralmente, pessoas de baixa auto-estima, porém, sem causar danos mais graves à saúde, como no caso do excesso (Pereira *et al.*, 2004).

A resposta ao stress se inicia no momento em que o cérebro é capaz de perceber um agente estressor, isto é, um estímulo e/ou situação, positivo/negativo, que produz uma reação fisiológica. Hans Selye (1956) observou que organismos diferentes apresentam um mesmo padrão de resposta fisiológica para uma série de experiências sensoriais ou psicológicas que têm efeitos nocivos em órgãos, tecidos, ou processos metabólicos, ou são percebidas pela mente como perigosas ou nocivas. Tais experiências são descritas como estressoras. Em adição, outro estudo sugere que mesmo sendo

o estressor um acontecimento excitante, triste ou assustador, a resposta ao stress será a mesma (Sapolsky, 1991).

O mecanismo geral de resposta ao stress consiste em duas seqüências bioquímicas separadas: uma rápida mediada pelos hormônios noradrenalina e adrenalina, e outra lenta mediada pelo hormônio cortisol. A adrenalina atua no metabolismo da glicose, disponibilizando os estoques de nutrientes dos músculos a fim de fornecer a energia necessária ao organismo quando este se encontra diante de uma situação estressora. (Pereira et.al., 2004).

Juntamente com a noradrenalina, a adrenalina também causa um aumento no débito cardíaco assim como da pressão arterial. Sendo esta uma das razões pela qual o stress é incluído como fator de risco à saúde, uma vez que, a longo prazo, esse aumento da pressão arterial contribui para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Já o cortisol, hormônio secretado pelo córtex da adrenal, exerce efeitos sobre o metabolismo da glicose quebrando as proteínas e convertendo-as em glicose, contribui para transformar a gordura em energia e para o aumento do fluxo sanguíneo. Além disso, o cortisol também paralisa as funções reprodutivas e inibe o sistema imune (Carlson, 2002).

Seyle, em seu trabalho *The Stress of Life*, publicado em 1956, foi o primeiro pesquisador que, por meio de experimentos com animais de laboratório, desenvolveu o conceito de Síndrome de Adaptação Geral (SAG) e deu origem à idéia de que situações que geram stress podem provocar doenças diversas, inclusive mentais. Na literatura epidemiológica, os chamados Eventos de Vida Estressantes (EVE) têm sido estudados em associação a uma ampla gama de doenças, como esquizofrenia, depressão, infarto do miocárdio

e apendicite aguda (Cooke,1986). As pesquisas sobre EVE foram muito numerosas na década de 1970, sendo as mesmas interpretadas como fontes geradoras de desconforto físico e psicológico. Na década seguinte, Lazarus e Folkman deram contribuição significativa ao campo, demonstrando que não são os eventos de vida em si e por si que levam ao estresse patológico: a avaliação que o indivíduo faz das situações por que passa e as diferenças ambientais, orgânicas e psicológicas têm um importante papel mediador (Lazarus e Folkman, 1984). Tal descoberta alterou o rumo das pesquisas nesse campo, e as fontes de estresse passaram a serem categorizadas em internas - como é caso de agentes nocivos, sentimentos ou pensamentos - ou externas, isto é, como definido por Lipp (1996), são eventos que:

"(...) independem, muitas vezes, do mundo interno da pessoa. Tradicionalmente, esses eventos são definidos como causadores de estresse, por promoverem mudanças relativamente rápidas no meio ambiente (geralmente social), cuja magnitude requer um grau de adaptação social e/ou psicológica por parte dos indivíduos. Muitos desses eventos estão associados a ritos de passagem como casamento, divórcio, início de um novo emprego, perda do emprego, também a mudança de chefia, mudanças políticas no país, acidentes e qualquer outra situação que ocorra fora do corpo e da mente da pessoa."

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o stress afeta hoje mais de 90% da população mundial. Este fato muito preocupa a comunidade científica, uma vez que, o stress está associado à ocorrência de diversas doenças como patologias metabólicas, cardiovasculares, gastro-intestinais,

distúrbios do crescimento, câncer, depressão, distúrbios reprodutivos e doenças infecciosas entre outros. Estudos realizados com indivíduos que passaram por situações estressantes constataram evidências de saúde debilitada. Cohen (1953) ao comparar os sobreviventes dos campos de concentração que foram submetidos ao stress durante um longo período, em geral, apresentaram uma saúde mais debilitada durante o período posterior da vida. Os condutores de metrô que vivenciaram acidentes com ferimentos ou morte de pessoas, têm maior probabilidade de apresentarem alguma doença vários meses depois (Theorell *et al.*, 1992). Os controladores de tráfego aéreo de aeroportos movimentados, onde o perigo de colisão é maior também apresentam uma maior incidência de hipertensão, cujo quadro piora conforme envelhecem (Cobb & Rose, 1973).

Resposta Neurofisiológica ao Stress

A desestabilização de um sistema produz desequilíbrios em outros. Tais mecanismos visam minimizar a diferença entre a forma pela qual um sistema funcionaria idealmente e a forma pela qual, de fato, ele está funcionando. Isto ocorre dentro de limites controlados – *feedback* –, levando ao que se denomina equilíbrio homeostático. A palavra homeostasia é usada em sentido amplo quando se quer ilustrar qualquer mecanismo de manutenção das condições constantes ou estáticas, do meio interno, ou seja, do equilíbrio do organismo. Assim, todos os órgãos e tecidos corporais estão envolvidos na manutenção das condições homeostáticas do organismo, de forma a manter o pleno funcionamento dos diversos sistemas que o integram (Ogston, 1983). Quando o sistema homeostático está comprometido, o que ocorre com o avançar da idade, o organismo pode, frente a um fator estressor, entrar em

ruptura completa ou numa situação de funcionamento inteiramente nova. Para lidar com alterações físicas ou ambientais que podem ameaçar a homeostasia, os organismos têm a habilidade de promover respostas moleculares e comportamentais rápidas, por meio de mudanças na função e expressão gênica neuronal, as quais permitem um rápido restabelecimento do estado funcional. Estas respostas fisiológicas são desencadeadas por vários circuitos neurais interligados que incluem o eixo neuroendócrino hipotálamo-hipofisário-adrenal (HPA) e o sistema límbico. Dados na literatura sugerem que o circuito ativado é totalmente dependente do estímulo desencadeado por um determinado estressor. Foi estabelecido um neurocircuito para o stress, envolvendo o eixo HPA, no qual sua resposta é dada a partir de uma interação entre o dito cérebro sensitivo ou límbico e neurônios neuroendócrinos do núcleo paraventricular hipotalâmico (HPV). Estressores envolvendo um imediato medo fisiológico (via sistêmica), seguem diretamente para o HPV através de projeções neuronais vindas do cérebro, enquanto que estressores que necessitam de interpretação (via processiva) parecem se dirigir ao sistema límbico que se conecta com HPV através de interações com neurônios que contêm ácido gama aminobutírico (GABA), como neurotransmissor, no núcleo da estria terminal, área pré-óptica e hipotálamo. Desta forma, sugere-se que existam duas vias de reação ao stress, uma sistêmica e uma processiva (Herman & Cullinan, 1997).

Na primeira via, denominada sistêmica, os agentes estressores podem causar danos fisiológicos ou ameaça à sobrevivência, como, por exemplo, hipóxia (baixa oxigenação nos tecidos), estímulos cardiovasculares e/ou imunes. Estes estímulos precisam ser interpretados em estruturas centrais

superiores, sendo as informações levadas diretamente pelas vias eferentes viscerais para o HPV. Estas vias são formadas por neurônios catecolaminérgicos (que utilizam adrenalina, noradrenalina ou dopamina como neurotransmissores), os quais se projetam do tronco cerebral para o HPV, onde se observa um rápido aumento na expressão gênica na presença de estressores sistêmicos (Herman & Cullinan, 1997). A ativação de eferentes GABAérgicos da região cortical medial e posterior da amígdala desencadeia um circuito excitatório por inibição de neurônios GABAérgicos nas regiões da estria terminal e área pré-óptica, que se projetam para o HPV, onde exercem um efeito inibitório, permitindo a ativação do eixo HPA (Herman e Cullinan, 1997). O neurotransmissor glutamato exerce um efeito excitatório direto em neurônios no HPV, embora as conexões não estejam totalmente esclarecidas.

Na segunda via, denominada via límbica, estruturas interligadas sinápticamente como amígdala, hipocampo e córtex pré-frontal, são ativadas por estressores com características cognitivas emocionais que envolvam processamento sensorial de primeira ordem (Hatalski *et al.*, 2000). De acordo com Hatalski e colaboradores (2000), o hormônio estimulador da liberação de corticotrofina (CRH) é o mais importante neuromodulador da resposta neuroendócrina ao estresse, e o glutamato é o neurotransmissor responsável pelo efeito excitatório nos neurônios do núcleo HPV. Sabendo que CRH influencia na eficácia das sinapses do hipocampo, sua secreção pode vir a aumentar as funções mediadoras do hipocampo, como aprendizado e memória. Resultados de experimentos em ratos imaturos, na área do hipocampo, indicam que a estimulação neuronal pode regular a expressão do hormônio CRH pelo hipocampo, enquanto que a expressão de peptídeos no

hipotálamo é influenciada pelos desafios neuroendócrinos (Hatalski *et al.*, 2000). Neste caso, os estressores requerem o processamento de várias modalidades sensoriais antes do início da resposta adaptativa e nenhum deles envolve uma ameaça imediata a homeostasia, podendo ser interpretados como estressores, por comparação com experiências prévias. Nesta via, o circuito a ser ativado depende ainda do tipo de estressor processivo, podendo ser ativadas e associadas diferentes vias sensoriais desencadeadoras de atividade no sistema límbico, assim como de modificações do circuito endócrino. Independentemente do estímulo estressor, o processamento da informação ocorre no núcleo central da amígdala com ativação de neurônios produtores de CRH (Herman & Cullinan, 1997). Este hormônio, liberado localmente, atua em neurônios de projeção da amígdala que se conectam com o hipocampo, direta ou indiretamente, via córtex entorrinal. No hipocampo, o CRH aumenta a eficácia sináptica e influencia na memória, sendo apontado como o principal mediador dos efeitos do estresse na função neuronal em regiões límbicas (Jöels, 2001).

O envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o organismo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a declinar (Straub *et al.*, 2001; Leite, 1990). Tais alterações têm por característica principal a diminuição progressiva da reserva funcional. Isto significa dizer que um organismo envelhecido, em condições normais, poderá sobreviver adequadamente, porém, quando submetido às situações de stress físico, emocional, etc pode apresentar

dificuldades em manter sua homeostase e, desta forma, manifestar sobrecarga funcional, a qual pode culminar em processos patológicos, uma vez que há o comprometimento dos sistemas endócrino, nervoso e imunológico (Straub *et al.*, 2001; Jacob *et al.*, 1994).

O processo de envelhecimento implica em mudanças físicas, psíquicas e sociais, muitas vezes sujeitas a estímulos estressores. O presente trabalho optou por estudar o stress porque se sabe que ele é um fator determinante de muitas doenças e que pode também comprometer o bem estar do idoso e a manutenção de uma vida produtiva para si mesmo e para o meio em que vive.

No curso da vida, muitos indivíduos crescem e se desenvolvem em contextos e situações que repercutem na saúde psicológica (Cecconello & Koller, 2000). Os possíveis eventos estressores negativos na infância, tais como brigas e/ou separação dos pais, vivência escolar, morte na família, exigências e/ou rejeição de colegas, disciplina dos pais, hospitalização, doença e mudança de casa (Lipp, 2000) podem estar relacionados com sintomas depressivos em outros momentos do curso da vida, resultando em danos para o desenvolvimento global do indivíduo.

A presença de variáveis protetoras, tais como suporte social – representado pela existência ou disponibilidade de uma rede de suporte social, com que a criança e o adolescente possam contar, se sentirem importantes, valorizados e amados – pode amenizar a experiência do stress e os efeitos do mesmo na saúde emocional de idosos (Goldstein, 1995).

Aldwin (1991) através de seus estudos, verificou a influência da idade no stress e sua maneira de enfrentá-lo. Segundo a autora, a sensação de domínio pode ser particularmente importante para o bem-estar e mesmo longevidade na

maturidade, estando essa amplamente assumida como deficiente no senso de domínio adequado às limitações físicas e ambientais. Ainda em seus estudos, ela pôde verificar que os processos de desenvolvimento das estratégias do idoso para lidarem com stress, podem melhor ser entendidos em termos de experiência. Pela própria idade eles estão expostos a uma grande variedade de problemas, e vão aprendendo quais os tipos de estratégias que são geralmente inúteis e quais podem realizar seus objetivos em várias situações.

Segundo Everly (1989), o stress é uma reação intensa do organismo frente a qualquer evento bom ou mau que altere a vida do indivíduo. Essa reação ocorre, em geral, frente à necessidade de adaptação exigida do indivíduo em momentos de mudança.

Para Lipp (1997), o stress pode ser definido como uma reação muito complexa, composta de alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo é forçado a enfrentar situações que ultrapassem sua habilidade de enfrentamento e que pode ser originado de fontes externas e internas. As fontes internas estão relacionadas com a maneira de ser do indivíduo, tipo de personalidade e seu modo típico de reagir à vida.

Ellis (1973), sugeriu que o desconforto emocional não é causado pelo acontecimento em si, mas pela interpretação que é dada pelo indivíduo. As situações de conflito intra e interpessoais são aprendidas ao longo da vida. As razões pelas quais algumas pessoas aprenderam melhor do que outras a lidar com estas situações relacionam-se a dois aspectos: ao tiveram ou não aproveitaram as oportunidades de aprender a lidar efetivamente com essas situações conflitantes ou aprenderam maneiras inapropriadas ou ineficientes de reagir a estas situações. Sendo assim, podem aprender hoje novas respostas e

mudar a maneira como pensam e agem e, conseqüentemente, aprender como lidar e controlar o stress.

Situações que geram mudanças na vida das pessoas, sendo elas positivas, ou negativas, tornam-se fontes de stress, pois provocam desgaste do organismo. Quando o desgaste é muito prolongado ou excessivo, poderá afetar o sistema imunológico, favorecendo assim, o aparecimento de doenças e infecções. Porém, devemos ressaltar que o stress não é obrigatoriamente ruim, é necessário que tenha algum nível de stress para se viver no dia – a – dia. (Nacarato, 2003).

Para Selye (1956), o processo de stress passa por três fases: alerta, resistência e exaustão. A fase de alerta se caracteriza por reações do sistema nervoso simpático, quando o organismo percebe o estressor (o evento). A resistência apresenta-se quando esse estressor permanece presente por períodos prolongados ou se é de grande dimensão. Na fase de exaustão, o stress ultrapassou a possibilidade do indivíduo conviver com ele e está associado a diversos problemas como úlceras, gengivites, psoríase, hipertensão arterial, depressão, ansiedade, problemas sexuais, dentre outros. Cada fase envolve uma sintomatologia diferenciada que é acompanhada de mudanças hormonais correspondentes. Pesquisadores mencionam que outras doenças que podem ocorrer em função do stress são diabetes, câncer (em face de diminuição da imunidade), gastrites, doenças inflamatórias, colites, problemas dermatológicos (micoses, queda de cabelo), problemas relacionados à obesidade e problemas sexuais como impotência e frigidez entre outros. Além das patologias físicas e mentais que podem ocorrer, há

também uma queda na habilidade de se concentrar e de pensar de modo lógico com conseqüente queda de produtividade.

Os estressores externos podem estar relacionados com as exigências do dia-a-dia do indivíduo como os problemas de trabalho, familiares, sociais, morte ou doenças de um filho, perda de uma posição na empresa, não concessão de um objetivo de trabalho, perda de dinheiro ou dificuldades econômicas, notícias ameaçadoras, assaltos e violências das grandes cidades, etc. Muito freqüentemente, o stress ocorre em função da ocupação que a pessoa exerce.

Nacarato (1995) realizou um estudo com idosos de 60 a 70 anos, visando comparar diferenças quanto ao nível de stress, nível de qualidade de vida, fontes estressoras e estratégias de enfrentamento em três grupos (idosos com atividade profissional, idosos sem atividade regular e idosos que participavam de atividade religiosa). Os dados mostraram elevado nível de stress nos três grupos. O grupo mais afetado foi o de idosos com atividade profissional, sendo as preocupações com saúde e familiares as principais fontes estressoras. Foi observado também baixo nível de qualidade de vida nos três grupos. Sociabilidade e afetividade foram as áreas mais preservadas, exceto para o grupo com atividade profissional. As atividades religiosas mostraram-se importantes contribuintes para o controle do stress.

Para os idosos, os agentes estressores podem ser os mais variados, como a aposentadoria, a morte de entes queridos, mudanças de papéis sociais, entre outros. No entanto, a forma como o idoso percebe estes estressores é um dos principais determinantes de como ele é afetado pelo

stress. Desta forma, investigar apenas os fatores estressantes em sua vida pode não ser uma boa medida para saber o quanto ele está sendo afetado.

De acordo com Cohen e Williamson (1988), existem três formas de medir o stress. A primeira é direcionada à presença de agentes estressores específicos, a segunda, aos sintomas físicos e psicológicos do stress e a terceira, pretende mensurar a percepção de stress individual de forma global, independente dos agentes estressores. Existem também escalas que mensuram o nível de stress por meio de questões que quantificam o impacto de eventos estressores específicos (*life-events impact*). Porém, esses instrumentos apresentam limitações, uma vez que os eventos relacionados ao estresse podem variar muito entre indivíduos.

Nacarato (2003) enfatizou que a velhice envolve uma fase de muitas mudanças, fazendo com que o idoso esteja sempre em contato com estímulos estressores, os quais podem resultar em aparecimento de enfermidades físicas e psicológicas, chegando até a comprometer a qualidade de vida devido à falta de adaptação necessária.

House e Umberson (1988) e Cockerham (1991) verificaram que na literatura americana, há uma ênfase na relevância da relação entre saúde dos idosos e relacionamentos sociais. A maioria dos autores enfatiza que as relações sociais levam a um melhoramento da saúde (House & Umberson, 1988).

Tem sido predominante o argumento em favor à idéia de que as relações sociais podem promover melhores condições de saúde. A ajuda recebida e a ajuda dada contribuem para um senso de controle pessoal, e isso tem uma influência positivamente no bem-estar psicológico. No que diz respeito

ao estado civil, pesquisas demonstram que pessoas casadas têm melhor saúde que outras com outros estados civis (Cockerham, 1991).

As relações sociais podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental (House, 1981; Cockerham, 1991). Pesquisas têm demonstrado que as relações sociais são capazes de moderar o stress em pessoas que experienciam problemas de saúde, a morte do cônjuge ou mesmo crises financeiras (Silverstein & Bengston, 1994). Sob a presença de suporte social, é esperado que pessoas idosas sintam-se amadas, sintam-se seguras para lidar com problemas de saúde e tenham alta auto-estima (Cicirelli, 1990).

Redes sociais formadas por familiares e amigos, significativamente diminuem os efeitos do stress nos indivíduos mais velhos, elas oferecem suporte social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência. (Cockerham, 1991). Pessoas que não têm esse tipo de suporte tendem a ter mais dificuldade para lidar com o stress que aquelas pessoas que têm suporte social.

O suporte exercido pela família do idoso tem surtido efeitos positivos na saúde do mesmo, pois tende a reduzir os efeitos negativos do stress na saúde mental. Isso na medida em que a ajuda dada ou recebida contribui para o aumento de um sentido de controle pessoal, tendo uma influência positiva no bem-estar psicológico (Pruchno, Burant & Peters, 1997; Bisconti & Bergeman, 1999).

Ross e Ling Wu (1996) testaram em seus estudos a relação entre educação e as vantagens cumulativas no status da saúde, entre diferentes faixas etárias. Os autores argumentam que altos níveis de educação

promovem boa saúde em idades mais avançadas. Eles argumentam também que a educação é uma variável que pode protelar problemas de saúde, no sentido de que ela permite uma acumulação de vantagens. Por exemplo, pessoas melhores educadas sabem mais sobre a prevenção de vertas doenças e como ter hábitos saudáveis no curso da vida.

Para Kaplan (1995) e Lipp (1997), o stress pode contribuir para a ontogênese de várias doenças físicas e psiquiátricas. Há também indicação de que um estado prolongado de stress possa interferir com o bem-estar psicológico e a qualidade de vida das pessoas.

A relação entre *stress* e qualidade de vida tem recebido atenção dos pesquisadores brasileiros, como Curcio (1991), Malagris (1992) e Silva (1992). Qualidade de vida é um estado de bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doenças. As pessoas que se consideram felizes atribuem sua felicidade ao sucesso em quatro áreas (social, afetiva, saúde e profissional) Curcio (1991), Malagris (1992) e Silva (1992).

Qualidade de Vida

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos fazem observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida.

O envelhecer, sob um ponto de vista fisiológico, depende significativamente do estilo de vida que a pessoa assume desde a infância ou adolescência, tais como fumar cigarros, praticar regularmente exercícios físicos

ou esportes, ingerir alimentos saudáveis, tipo de atividade ocupacional, etc. (Leite, 1990). Hoje, sabe-se que o processo de envelhecimento não é uniforme. O organismo envelhece como um todo, enquanto que seus órgãos, tecidos, células e estruturas subcelulares têm envelhecimentos diferenciados, parecendo este fenômeno ser determinado, basicamente, pela hereditariedade. (Weineck, 1991).

Durante o envelhecimento vários processos fisiológicos se modificam. Por exemplo, no sistema nervoso, ocorre uma diminuição do seu volume do sistema nervoso central (perda de neurônios e outras substâncias) e as fibras nervosas perdem a sua mielina - responsável pela velocidade de condução do estímulo nervoso (Straub *et al.*, 2001; Berger e Mailloux-Poirier, 1995). As funções intelectuais também se alteram, como por exemplo: dificuldade nos processos de aprendizagem e de memorização, o que provavelmente está relacionado com as alterações químicas, neurológicas e circulatórias que afetam a função cerebral; diminuição da eficácia da oxigenação e nutrição celular e diminuição na aprendizagem associada às deficiências nas sinapses e na disponibilidade de determinados neurotransmissores (Braver & Brach, 2002). Por conseguinte, há uma assimilação mais lenta de conhecimento, refletindo significativamente na formação de memória de curto prazo (imediate) apesar da conservação da memória de longo prazo (fixação); dificuldade na organização e utilização das informações armazenadas e diminuição da memória visual e auditiva de curto prazo (Braver & Brach, 2002; Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Entretanto, em relação à inteligência, não se pode afirmar que haja declínio acentuado com o avançar da idade, o que ocorre é

fadiga mental, desinteresse, diminuição da atenção e concentração; fatores estes que geralmente estão associadas ao declínio da inteligência.

Tem sido relatada também a existência de uma ligeira perda nas aptidões psicomotoras, em especial naquelas relacionadas à coordenação, à agilidade mental e aos sentidos (visão e audição) levando os idosos a um desempenho menos satisfatório quando submetidos a alguns testes que exigem rapidez de execução ou longa duração. (Braver & Brach, 2002; Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Além disso, ocorre uma diminuição na velocidade dos reflexos e da execução de gestos e um aumento do tempo de reação devido à diminuição da resposta motora a um estímulo sensorial (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Outro aspecto importante a se relacionar envolve as mudanças no sono e na vigília: diminuição do número de horas de sono requeridas, diminuição de 50 % do sono do tipo REM (diretamente relacionado aos períodos de sonhos de um indivíduo), maior facilidade em acordar e maior dificuldade em adormecer (Braver & Brach, 2002; Ruiperez & Llorente, 1998)

A mudança mais rápida e dramática acontece em mulheres em torno dos 50 anos, período este que se convencionou chamar de menopausa. Há, nesta fase, diminuição progressiva dos níveis de estrógenos e diminuição da atividade das glândulas sudoríparas (Ruipez e Llorente, 1998). Entretanto, as duas mudanças mais importantes do ponto de vista clínico na atividade endócrina durante o envelhecimento envolvem o pâncreas e a tireóide. Aproximadamente 40% dos indivíduos com idades entre 65 - 74 anos e 50% dos indivíduos com mais de 80 anos possuem algum problema relacionado à capacidade de tolerância a glicose, ou *diabete mellitus*.

O envelhecimento bem sucedido pode ser visto como uma competência adaptativa, ou seja, uma capacidade generalizada para responder com resiliência aos obstáculos impostos pelo corpo. Essa capacidade, segundo Néri (1995), remete à idéia de que, apesar das perdas, é possível maximizar os ganhos através da adaptação às situações.

O processo de envelhecimento varia bastante entre as pessoas e é influenciado tanto pelo estilo de vida quanto por fatores genéticos. Os especialistas em envelhecimento acreditam que o ser humano em geral poderia viver até 115 a 120 anos se o estilo de vida e seu perfil genético forem ideais (Pereira et al., 2004).

O risco de muitas doenças e problemas de saúde comuns na velhice (ex: doenças cardiovasculares, câncer, hipertensão, osteoporose, fraturas ósseas e diabetes) diminuem com a atividade física regular. Uma dieta balanceada rica em vitaminas - principalmente a vitamina A, E e o ácido fólico - também são imprescindíveis tanto para a extensão, quanto para a qualidade de vida. (Podrabsky, 1994). Estudos concluídos pelo Dr. Lester Breslow, professor da UCLA, em 2003, com seis mil pessoas da região da baía de São Francisco, demonstrou uma diferença drástica na taxa de morte entre aqueles que seguiam sete hábitos saudáveis simples (nunca fumar, ingestão moderada de álcool, tomar café da manhã, não petiscar, dormir sete a oito horas por noite, exercitar-se regularmente e manter o peso ideal) e aqueles que não os seguiam. Aqueles que seguiram os sete hábitos saudáveis apresentaram taxa de mortalidade muito menor, de forma que constatou o fato de que os primeiros viveram nove anos a mais do que aqueles que não os praticaram (Breslow, 2003).

Além dos processos fisiológicos, os aspectos psicossociais da vida do idoso também são determinantes na sua qualidade de vida. No âmbito das relações familiares, sentimentos como os de perda da ocupação e a tendência à solidão podem surgir em função da independência dos filhos, viuvez e conseqüente esvaziamento da casa (Mota, 1990).

A relação afetiva no contexto familiar é um dos principais fatores de equilíbrio e bem estar dos que envelhecem. Assim, a aceitação e respeito, raiva ou rancor são frutos de laços sentimentais construídos ao longo do tempo que repercutem no apoio ao idoso e que, de maneira relevante, irão exigir um novo mapeamento das relações familiares e formas de convivência social (Novaes, 1995).

A velhice reserva-se uma série de preconceitos e tabus que, incorporados e reproduzidos pelos próprios idosos, acentuam a tendência de segregação dos mais velhos, sustentada pela idéia de que são pessoas que existiram no passado, que realizaram o seu percurso psicossocial e que esperam simplesmente o momento de se despedir do mundo (Birman, 1994).

Segundo a teoria de Harman, o envelhecimento e as doenças degenerativas a ele associadas, resultam de alterações moleculares e lesões celulares desencadeadas pelos radicais livres (Harman, 2001, 1992). Essa teoria é ancorada nas inúmeras evidências científicas de que estes radicais livres estão envolvidos praticamente em todas as doenças típicas da idade, como a arteriosclerose, as doenças coronárias, a catarata, o câncer, a hipertensão, as doenças neurodegenerativas e outras (Harman, 2001).

As relações sociais podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental (Cockerham, 1991). Seus efeitos

positivos estão associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte fornecidos pela família (emocional ou funcional). Na presença do suporte social, espera-se que as pessoas idosas se sintam amadas, sintam-se seguras para lidar com problemas de saúde e tenham alta auto-estima (Cicirelli, 1990).

As redes sociais formadas por familiares e amigos abalam significativamente os efeitos do estresse nos indivíduos mais velhos, oferecendo suporte na forma de amor, afeição, preocupação e assistência (Cockerham, 1991). Pessoas que não têm este tipo de suporte tendem a ter mais dificuldade para lidar com o stress que aquelas pessoas que têm. Um dos efeitos positivos exercidos pela família na saúde dos idosos é a tendência de redução dos efeitos negativos do stress na saúde mental. Isso ocorre na medida em que a ajuda dada ou recebida contribui para o aumento de um sentido de controle pessoal, tendo uma influência positiva no bem-estar psicológico (Pruchno *et al.*, 1997; Bisconti & Bergeman, 1999). Um efeito negativo importante é a baixa auto-estima (Cicirelli, 1990), que acontece devido ao reconhecimento, por parte das pessoas idosas, de sua dependência, causando a percepção de uma falta de autonomia e a incapacidade para retribuir ajudas recebidas. De acordo com Cicirelli (1990), isto pode levar à insatisfação, stress e depressão nos idosos. Normalmente essa depressão está também associada com um sentimento de ser uma carga para aquelas pessoas a quem ela ama (Cicirelli, 1990).

Uma pesquisa de grande proporção, realizada nos EUA, com pessoas entre 58 e 63 anos de idade, constatou que homens casados que viviam com parentes foram menos propensos a declarar que eram "felizes" que aqueles que viviam somente com a esposa (Mutran, 1985). Este aparente paradoxo

pode ser explicado, na medida em que residências multigeracionais estão associadas normalmente com baixo status sócio-econômico (Mutran, 1985). Por outro lado, o contato com vizinhos demonstrou aumentar o sentimento de utilidade, talvez porque contatos sociais fora da esfera familiar sejam mais voluntários e menos baseados em obrigações sociais, portanto, menos desiguais. Quando os idosos percebem uma troca não balanceada, isto é, uma falta de capacidade para retribuir, eles podem ficar deprimidos (Wentowski, 1981; Krause, 1995).

Cabe destacar que as conseqüências negativas do stress em idosos, tais como os sentimentos de ser uma carga, predominam em sociedades como as ocidentais, nas quais a produtividade e a capacidade para retribuir são extremamente valorizadas. O aspecto da desvalorização das pessoas idosas relaciona-se com o problema de como os jovens percebem seus parentes idosos nos países do ocidente, onde o cuidado ao idoso não é enfatizado como uma tarefa importante. Os filhos normalmente assumem um comportamento paternalista, não considerando os desejos e preferências do idoso. É possível perceber muitas vezes uma perspectiva que parece considerar a pessoa idosa como alguém sem consciência, o que causa uma falta de controle do idoso (Cicirelli, 1990). Em geral, estes efeitos negativos das relações sociais contribuem para exacerbar os problemas de saúde.

Considerando a multidirecionalidade intrínseca ao envelhecimento humano, Rowe e Kahn (1998) propõem três perspectivas didáticas para examinar os processos do envelhecimento: normal, patológico ou saudável. O envelhecimento normal representa o processo natural de desenvolvimento no qual o indivíduo consegue se adaptar às alterações típicas e inevitáveis do

envelhecimento (Neri, 2001). Por outro lado, o envelhecimento patológico caracteriza-se por prejuízos graves, irreversíveis e cumulativos ao funcionamento individual, além de uma descontinuidade do desenvolvimento. O envelhecimento saudável, também chamado de ótimo e referenciado como um ideal sociocultural de excelente qualidade de vida, manifesta-se por baixo risco de doenças e incapacidades, boa funcionalidade física e mental e engajamento ativo com a vida (Neri, 2002).

A qualidade de vida está relacionada à auto-estima, ao bem estar pessoal, abrangendo aspectos como a capacidade funcional, a interação social, o nível sócio-econômico, estado emocional, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos, religiosidade, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive.

Para Petrone (1994), qualidade de vida é entendida no sentido de satisfação, vida como realização das aspirações, dos desejos, externalizações também parciais dos impulsos, dos quais se é consciente ou não.

Segundo Lawton et al. (1990), uma boa vida é aquela que considera que cada aspecto de vida pode ser avaliado objetivamente (setores do comportamento e envolvimento externo) ou subjetivamente (setores de qualidade comprometida de vida e bem estar psicológico).

Medeiros (1994), entende qualidade de vida como o espírito da tradição, que convive com a possibilidade permanente de renovação e que resulta da multiplicação das possibilidades existenciais de cada um. Medeiros, em seu estudo com 200 idosos com idades entre 70 e 90 anos, de ambos os sexos matriculados no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – SP, pesquisou até

que ponto essas pessoas estariam interessadas e dispostas a tratar de sua saúde e qualidade de vida. As questões associadas a temas como noções gerais de saúde e vida saudável, dificuldades e limitações atribuídas ao envelhecimento, áreas de interesse para discussão e disponibilidade de participar de um programa educativo que priorizasse os temas apontados por eles como de maior interesse, foram pesquisadas e obtiveram dos entrevistados os seguintes resultados como temas de seu maior interesse: como manter o equilíbrio físico e mental; sobre o desenvolvimento das doenças; como manter a saúde; conhecer melhor o funcionamento do organismo, saber sobre hábitos saudáveis de vida. Do total da amostra, 68,5% dos pacientes alegaram que gostariam de participar de um programa educativo que discutisse os temas levantados e apenas 31% disseram não ter interesse em participar, principalmente por dependerem de outras pessoas para sair de casa.

Grimby e Wiklund (1994) em um estudo na Suécia, analisaram 565 sujeitos com mais de 70 anos de idade, investigaram a relação entre qualidade de vida e saúde na velhice, em termos de energia, dor, emoções, sono, isolamento social e mobilidade. Eles avaliaram três grupos denominados “Grupo de Intervenção”, “Grupo de controle médico” e “Grupo de controle de registro”, os dois primeiros grupos foram avaliados e comparados em três fases: antes da intervenção (aos 70 anos), outra 3 anos após (aos 73 anos) e uma terceira após 6 anos (aos 76 anos). O terceiro grupo sofreu avaliação no momento da seleção e após seis anos. Como conclusão, obteve-se que a maior parte dos entrevistados demonstrou possuir atributos significativos para o bem-estar como, sentir-se saudável, viver independente, ter alguém por perto e

estar contente com a situação econômica. Houve diferença significativa entre os sexos, as mulheres se mostraram mais vulneráveis em muitos aspectos, tais como, problemas de saúde, angústia causada pela morte de companheiros.

Goldstein e Neri (1993) investigaram a relação entre a satisfação na vida, depressão e as dimensões subjetivas e objetivas da religiosidade entre pessoas adultas, assim como em que medida a religiosidade é utilizada para lidar com o stress decorrente do envelhecimento e a opinião dos adultos sobre um eventual aumento da sua religiosidade com o passar da idade. Eles mencionaram autores como Maslow (1973), Allport (1950), Adler (1987) e Bergin (1980), os quais são unânimes no reconhecimento da importância da religião na vida do homem, propiciando um senso de significado e de entendimento ao indivíduo, o qual deve melhorar a sensação subjetiva de bem-estar e satisfação com a vida, citaram também Jung (1957) que delegava à religião a possibilidade de contribuir para o enfrentamento das dificuldades morais, sociais e políticas da atualidade. Há ainda a visão de Ellis (1980), que correlaciona a religião com um distúrbio emocional, que equivale em muitos aspectos, a pensamentos irracionais compatíveis com a saúde mental, desde que não seja absolutista, ortodoxa ou dogmática. O estudo confirmou a importância da religião como influência na visão de mundo e na vida dos participantes, e com o passar dos anos, verificou-se que eles se tornaram mais religiosos. Ficou estabelecida uma relação entre religiosidade e bem-estar subjetivo. Através do aumento do envolvimento interpessoal, mostra-se uma importante fonte de satisfação na vida e como recurso para lidar com o stress.

Paim e Almeida Filho (2000) relataram que em 1974, no Canadá, o documento conhecido como Relatório Lalonde definiu as bases de um

movimento pela promoção da saúde, trazendo como consigna básica “adicionar não só anos a vida, mas vida aos anos”.

Ferreira e Buss (2002), Adriano et al. (2000) e Paim e Almeida Filho (2000) concordam que a Carta de Ottawa (apud Brasil. Ministério as Saúde, 2002) constitui um marco deste movimento, uma vez que é nesta conferência que a promoção da saúde é definida como “*o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo*”.

A Carta de Ottawa define cinco campos vitais à promoção da saúde: 1) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) reforço da ação comunitária; 4) desenvolvimento de habilidades pessoais; e 5-) reorganização do sistema e dos serviços de saúde.

Podendo, portanto, observar a ligação entre saúde e qualidade de vida e a ênfase na criação de ambientes favoráveis à saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais. Inserindo assim as ações de promoção da saúde do idoso que ampliam o âmbito das intervenções, como a experiência bem-sucedida.

Ainda com referência à Carta de Ottawa (1986), ela destaca que as condições e os requisitos para a saúde são a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema saudável, a justiça social e a equidade. A saúde, nessa concepção ampliada, é, mais do que ausência de doença, um estado adequado de bem – estar físico, mental e social que permite aos indivíduos identificar e realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades.

Minayo, Hartz e Buss (2000), ao considerarem que qualidade de vida se reveste de múltiplos sentidos, eles aproximaram-se dessa noção à satisfação buscada na vida familiar, amorosa, social e na própria estética existencial. Pressupõe a qualidade de vida a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade toma como seus padrões de bem-estar. Assis (1998), observa que inúmeros problemas que afetam a qualidade de vida dos idosos em um país em desenvolvimento demandam respostas urgentes em diversas áreas. Às políticas públicas cabe garantir os direitos fundamentais (habitação, renda, alimentação), e desenvolver ações voltadas às necessidades específicas da população idosa, como centros de convivência, assistência especializada à saúde, centros-dia, serviços de apoio domiciliar ao idoso, programa de medicamentos, universidade da terceira idade.

Em abril de 2002, na Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madri, foi aprovado o PIAE – Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento. O documento foi referendado por todos os países membros das Nações Unidas e representa, portanto, um compromisso internacional em resposta ao rápido envelhecimento da população mundial. As recomendações do PIAE definem três áreas prioritárias: a-) como inserir o envelhecimento populacional na agenda do desenvolvimento; b-) a importância singular e global da saúde; e c-) como desenvolver políticas de meio-ambiente (tanto físico quanto social) que atendam às necessidades de indivíduos e sociedades que envelhecem.

A OMS, como agência especializada da ONU (Organização das Nações Unidas), coube um papel particularmente importante na formulação de

recomendações específicas do PIAE. Na Assembléia de Madri, a entidade lançou o documento Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas, que complementa e amplia o PIAE. Neste documento, a OMS recomenda que políticas de saúde na área de envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços), com particular ênfase sobre as questões de gênero e as desigualdades sociais (Carta de Ouro Preto – NESPE, 2003).

Em um estudo realizado por Vecchia (2005), com 365 idosos que responderam à pergunta “o que é qualidade de vida para o (a) sr.(a)?”, os dados coletados revelaram que, 49% responderam que qualidade de vida é preservar os relacionamentos interpessoais, ou seja, significa ter um bom convívio com todos, particularmente com vizinhos e amigos, um bom relacionamento familiar, incluindo uma boa criação e educação dos filhos e netos; capacidade para estabelecer contato com as pessoas e fazer novas amizades; e um bom relacionamento com o cônjuge. Do total, 39% responderam que qualidade de vida é manter uma boa saúde, ter uma alimentação balanceada; dormir adequadamente; praticar esporte; e não usar drogas. Com 34% do total, a qualidade de vida é dispor de uma tranqüilidade, bom humor e sentir-se satisfeito com a vida, atributos relativos a saúde mental que ajudam os idosos a se manterem fortalecidos no enfrentamento das atividades diárias e dos desafios impostos pela vivência. Para 30% deles, é preciso ter um bom salário, saber poupá-lo e dispor de uma casa própria, pois essas condições poderão conferir autonomia quanto à alimentação, vestuário, transporte, obtenção de eletrodomésticos, assistência médica e medicamentos

necessários. De toda a amostra, 22% entende qualidade de vida como um conjunto de atos que promovem divertimento, distração e relaxamento. Um outro meio de se obter qualidade de vida para 6% do total é o trabalho, principalmente quando o mesmo é desempenhado com prazer. Dogmas e doutrinas religiosas são importantes para 8% dos participantes, 4% acreditam que obtêm-se qualidade de vida praticando a solidariedade e tendo acesso à educação, apropriando-se de conhecimentos ao longo da vida e, 2% acreditam que qualidade de vida significa poder morar em locais tranquilos, onde se consegue preservar a segurança e a despoluição ambiental, finalizando, 3% dos idosos não souberam responder à questão.

Asilo

O processo acelerado do envelhecimento populacional brasileiro associou-se com o aumento da demanda por instituições de longa permanência. A drástica queda da taxa da fecundidade reduziu a disponibilidade de cuidadores domiciliares, a participação feminina no mercado de trabalho retira do domicílio a figura tradicionalmente convocada para os cuidados dos pais ou sogros.

A fragilidade do tripé família, Estado e sociedade tem sido incapaz de garantir a manutenção de idosos com baixos níveis de dependência em seu domicílio, por outro lado, aos idosos altamente dependentes ou em estágios terminais, resta a opção de internação hospitalar, invariavelmente bloqueado leitos destinados a outras finalidades.

Internações hospitalares apresentam benefícios e riscos, como o desenvolvimento de iatrogenias, *delirium* e declínios funcionais, podendo resultar em piora do estado geral e da qualidade de vida do idoso asilado durante e/ou após a hospitalização (Pires & Gorzoni - 2006).

A necessidade de reabilitação intensiva no período entre a alta hospitalar e o retorno ao domicílio, a ausência temporária do cuidador domiciliar, os estágios terminais de doenças e os níveis de dependência muito elevados, são fatores que levam à internação do idoso em uma instituição de longa permanência.

As condições de vida em países em desenvolvimento determinam o envelhecimento funcional mais veloz que o cronológico. Apesar da possibilidade de que laços afetivos mais fortes e arranjos familiares (ex: filhos e netos residindo no domicílio dos idosos) possam evitar ou retardar a institucionalização, a elevada taxa de ocupação dos asilos indica a dificuldade de acesso parece ser o fator realmente limitante. A hipótese é reforçada pelas condições para admissão exigidas pelos asilos.

À medida que a idade avança, existe uma progressiva perda de recursos físicos, mentais e sociais, a qual tende a despertar sentimentos de desamparo. A velhice parece deixar o indivíduo impotente, indefeso, fragilizado para tomar suas próprias decisões, para enfrentar seus problemas, o cotidiano, não só diante dos familiares, mas também da sociedade como um todo. Sendo assim, o idoso tem sido visto como uma pessoa improdutiva, ultrapassada, e pouco se tem feito para recuperar sua identidade e elevar sua auto-estima. Além disso, nem sempre é amparado pelos familiares e, muitas vezes, são obrigados a morar em asilos ou albergues, forçados a viverem isolados, na solidão, longe

de parentes e amigos. A situação familiar do idoso no Brasil reflete o efeito cumulativo em eventos socioeconômicos, demográficos e de saúde ao longo dos anos, demonstrando que o tamanho da prole, as separações, o celibato, a mortalidade, a viuvez, os recasamentos e as migrações, vão originando, no desenvolver das décadas, tipos de arranjos familiares e domésticos, onde o morar sozinho, com parentes ou em asilos, pode ser o resultado desses desenlaces. Os asilos, geralmente, são casas inapropriadas e inadequadas às necessidades do idoso, as quais não lhes oferecem assistência social, cuidados básicos de higiene e alimentação. Ademais, esses locais vêm também dificultar as relações interpessoais no contexto comunitário, indispensáveis à manutenção do idoso pela vida e pela construção de sua cidadania. (Vieira, 1996). Constituem, também, a modalidade mais antiga e universal de atendimento ao idoso, fora do seu convívio familiar, tendo como, inconveniente, favorecer seu isolamento, sua inatividade física e mental, tendo, dessa forma, conseqüências negativas à sua qualidade de vida. (Brito, 1996).

No entanto, o Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996, frisa, no artigo 3º, que a instituição asilar tem, por finalidade, atender, em regime de internato, o idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social. (Louzã, Netto & Cohen).

Prioriza, também, a Lei 8.842, de janeiro de 1994, no artigo 4º, parágrafo III, atendimento ao idoso pelas famílias, ao invés do asilar. Porém, com a existência de vários fatores, tais como os demográficos, sociais e de saúde, conduzem ao aumento da demanda pela institucionalização.

Existem formas distintas de atendimento ao idoso, segundo o Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996, entre elas temos a modalidade asilar, “atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social”, que rege a vida do mesmo por meio de normas específicas, e o amparo civil e socialmente, e a modalidade não asilar, que se compõe de Centro de Convivência, Centros de Cuidados Diurno, Hospital-Dia, Casa-Lar e Oficina Abrigada de Trabalho que se destina a atender o idoso por determinado período do dia.

Na Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989, do Ministério da Saúde, estão descritas as normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idoso, quanto à definição, organização, área física e recursos humanos. Essa mesma Portaria, considera como instituições para idosos aquelas que atendem pessoas com 60 anos de idade ou mais. Alguns autores mencionam que em muitas instituições, há uma inexistência da equipe multidisciplinar, e quando há essa equipe, muitas vezes ela é formada por profissionais pouco qualificados.

Na maioria das vezes, as instituições asilares não apresentam o perfil de estabelecimento de assistência à saúde, mas nelas são exercidas ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde, a fiscalização sanitária é precária quanto à capacidade legal do agente, ou seja, não ocorre com devido rigor, uma fiscalização dos documentos de habilitação inerentes ao âmbito profissional ou ocupacional das pessoas que prestam assistência e cuidados aos residentes.

Chaimowicz e Dirceu (1999) realizaram um estudo em 33 entre 40 asilos de Belo Horizonte e concluíram que neles as mulheres representaram a maioria 81% e eram mais velhas (76,4 x 70,4 anos; $t= 6,37$; $p= 0,00$) e residiam a mais tempo no asilo (5,6 x 4,5 anos; $t= 2,6$; $p= 0,01$). Eles também observaram que a maioria dos asilos filantrópicos não aceitava idosos demenciados ($n=21$) ou acamados ($n=16$) e vários recusavam idosos com doenças orgânicas. Cerca de 65% dos asilos de Belo Horizonte, são vinculados à Sociedade São Vivente de Paulo (SSVP), 15% a entidades religiosas e, a maioria dos restantes, à iniciativa privada. Asilos filantrópicos mantêm 85,3% do total de residentes. Nenhum asilo é mantido pela municipalidade. A capacidade do asilo não se correlaciona à entidade mantenedora, mas aos serviços oferecidos, um quarto dos asilos abriga número de residentes maior que a capacidade total informada.

Estudos realizados em Belo Horizonte mostraram que 98% das instituições não possuíam enfermeira e em 96% delas o atendimento médico era realizado em postos de saúde ou por médicos voluntários, em visitas esporádicas. Atividades de fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia eram oferecidos em menos de 15% delas e, nos asilos médios e grande porte, existiam indícios de transmissão nosocomial de tuberculose.

Segundo Veras (2002), há uma estimativa de que os avanços científicos e técnicos permitirão ao ser humano alcançar de 110, 120 anos – uma expectativa de vida que corresponderia aos limites biológicos – ainda no presente século. São mudanças fantásticas e muito próximas, que reclamam modelos inovadores e sintonizados com a contemporaneidade, que garantam vida com qualidade para este crescente contingente populacional.

Religiosidade

No contexto das práticas de saúde, observa-se alusão freqüente à influência de aspectos religiosos na cura e no tratamento de enfermidades. Nessa perspectiva, a interface entre religiosidade e enfrentamento tem sido investigada, principalmente nas duas últimas décadas. O uso de estratégias cognitivas e/ou comportamentais para lidar com estressores, advindas da religiosidade da pessoa, é denominado enfrentamento religioso (Faria & Seidl, 2005).

Harrison, Koenig, Hays, Eme-Akwari, e Pargament. (2001) verificaram que há evidências das relações entre enfrentamento religioso e uma ampla variedade de mediadas de adaptação psicológica. Assim, sintomas de ansiedade associaram-se significativamente com estratégias de enfrentamento religioso negativo e com religiosidade extrínseca, aquela em que a religião é utilizada como meio para atingir um objetivo ou para obter algo específico (Ex.: rezar / orar com o objetivo de ser curado de uma doença). Com base nos resultados verifica-se ainda que auto-estima, satisfação com a vida e percepção positiva da qualidade têm sido associadas ao padrão positivo e à religiosidade intrínseca cujo foco é a crença religiosa propriamente dita, independente do interesse na obtenção de ganhos secundários.

Em outro estudo sobre o uso da religiosidade em contextos de saúde e doença, Siegel, Anderman e Schrimshaw (2001) afirmaram que a associação entre variáveis religiosas e ajustamento psicológico tem sido pesquisada com maior freqüência entre pacientes com câncer e idosos hospitalizados ou cronicamente doentes. Em relação aos estudos com idosos, os resultados

indicaram associação de religiosidade com, por exemplo, percepção positiva da eficácia do enfrentamento e índices mais elevados de suporte social e de qualidade de vida. Além disso, variáveis religiosas estiveram associadas a menores índices de depressão e ansiedade. Afirmaram, ainda, que há evidências de que idosos têm mais propensão a empregar religião como recurso de enfrentamento.

Pargament e Park (1995), estudaram a literatura sobre os significados e objetivos da religiosidade, eles opõem-se à pressuposição de que a religião teria a função apenas de proteger o indivíduo da confrontação com a realidade (por esquiva ou distorção de fatos reais). Segundo esses autores, há suporte empírico para funções diversas da religião, tais como alívio, conforto, consolo, busca de significado para problemas relevantes da existência, busca de intimidade, busca da compreensão de si mesmo e busca pelo sagrado. Sendo assim, para eles, a religiosidade passa a ser concebida como parte do processo de solução de problemas e não como estratégia defensiva ou esquiva.

Uma revisão bibliográfica, em que se analisou as contribuições das pesquisas em psiconeuroimunologia entre 1939 e 2001, corroborou a idéia de que a modulação imunológica produzida por estressores ou por intervenções psicossociais pode conduzir a mudanças de saúde, com evidências diretas em casos de doenças infecciosas (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002). Nesse sentido, a religiosidade compreendida como parte do sistema de cognições do indivíduo, poderia estar afetando a saúde por intermédio dessa interface psiconeuroimunológica. Essa seria uma das possíveis hipóteses das

crenças religiosas nos estados de saúde, em especial, em enfermidades diretamente relacionadas ao sistema imunológico.

Emmons e Paloutzian (2003), ao analisarem o desenvolvimento da psicologia da religião, constataram seu rápido crescimento nos últimos 15 anos. Destacaram que, em alguns períodos da história da psicologia, o estudo dessa área ficou limitado devido a razões intradisciplinares, como o estabelecimento da psicologia científica e, conseqüentemente, a tendência de os psicólogos evitar tópicos difíceis de serem pesquisados mediante essa perspectiva metodológica. Passando a ser o desafio atual, o entendimento das bases psicológicas das crenças, experiências e comportamentos religiosos, tendo como propósito a ampliação do conhecimento em prol do bem-estar do ser humano.

Pesquisas demográficas nacionais têm ilustrado a relevância do tema religião, verificando que aproximadamente 95% dos adultos no Estados Unidos (Hoge, 1996) e 99% dos adultos brasileiros (Klintowitz, 2001) declararam acreditar em Deus.

Harrison, Koenig, Hays, Eme-Akwari e Pargament (2001) e Siegel, Anderman e Schrimshaw (2001) realizaram estudos verificando que na psicologia clínica e na psicologia da saúde há um grande número de investigações sobre as relações entre as variáveis religiosas e o enfrentamento de eventos estressores da vida.

Lukoff (1992) define religiosidade como uma adesão a crenças e a práticas relativas à uma igreja ou instituição religiosa organizada, sendo diferente de espiritualidade, a qual pode ser entendida como uma relação que se estabelece por uma pessoa com um ser ou uma força superior na qual ela

acredita. De acordo com Spilka e McIntosh (1996, cf. citado em Siergel, Anderman e Schrimshaw, 2001), a conceituação de religiosidade inclui aspectos individuais e institucionais, enquanto espiritualidade é um fenômeno apenas individual, identificado com aspectos como transcendência pessoal, sensibilidade “extraconsciente” e fontes de sentidos para eventos na vida.

Worthington, Kurusu e McCullough (1996) definem uma pessoa religiosa como aquela que possui crenças religiosas e que valoriza, em alguma medida, a religião como instituição. Já a pessoa espiritualizada é aquela que acredita, valoriza ou tem devoção a algum poder considerado superior, mas não necessariamente possui crenças religiosas ou é devoto de alguma religião institucionalizada.

Hill, Pargament, Wood, McCullough e Swyers (2000) alertam, no entanto, que os termos religiosidade e espiritualidade não são incompatíveis e afirma que a tendência a polarizá-los não é frutífera para a pesquisa científica.

Vários pesquisadores têm investigado a associação entre fatores relativos à religiosidade – práticas, afiliação, crenças – e saúde, tanto em sua dimensão física quanto mental. Nos estudos de Botelho (1991), ele verificou que a associação entre esses fatores, possui raízes históricas – culturais muito antigas, presentes em mitos gregos, em rituais indígenas e nas inscrições bíblicas, que influenciaram e ainda vêm influenciando a cultura ocidental nos tempos atuais.

Jackson e Fulford (1997) discutem há tempos as semelhanças entre manifestações psicóticas e as de natureza religiosa/ espiritual. Os autores defendem que a distinção desses dois fenômenos é de crucial importância, com implicações para os diagnósticos e tratamentos psiquiátricos propostos.

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - IV), da American Psychiatric Association – APA (1994), inclui inovações na abordagem de temas culturais e religiosos ou espirituais. Ainda com intuito de contribuir para a diferenciação entre enfermidades mentais e expressões da religiosidade, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 1994) apresenta nova categoria diagnóstica denominada Problema Religioso ou Espiritual (não considerada transtorno mental) e indica sua utilização quando o foco da atenção é um problema religioso ou espiritual, como por exemplo experiências aflitivas que envolvem perda ou questionamento de fé, problemas associados com conversão a uma nova fé, ou o questionamento de valores espirituais que podem não estar, necessariamente, ligados a uma igreja ou religião institucionalizada.

Nessa publicação, ressalta-se, também, a importância da religião como promotora de suporte emocional, instrumental e informativo. Constata-se, assim, a diversidade de implicações que a religiosidade pode ter nos fenômenos relacionados à saúde e ao adoecer.

Universidade da Terceira Idade - UNATI

O cenário desenhado devido ao crescimento populacional é de profundas mudanças sociais, não só pelo aumento proporcional do número de idosos nos diferentes países e sociedades, mas igualmente em função do desenvolvimento da ciência e da tecnologia.

Assim como uma universidade tradicional, a Universidade da Terceira Idade promove a saúde e a qualidade, contribuindo para a elevação dos níveis

de saúde física, mental e social das pessoas idosas, utilizando as possibilidades existentes nas universidades.

Peixoto (1997) afirma que as Universidades da Terceira Idade brasileiras surgiram num momento em que as suas similares europeias já estavam na terceira geração. A primeira Universidade da Terceira Idade surgiu no final da década de 1960, na França, como um espaço para atividades culturais e sociabilidade, com o objetivo de ocupar o tempo livre e favorecer as relações sociais. Não havia então preocupação com educação permanente, educação sanitária e assistência jurídica.

A segunda geração de Universidade da Terceira Idade surgiu em Toulouse, também na França, em 1973. Foi esta a primeira Universidade da Terceira Idade voltada para o ensino e a pesquisa. Suas atividades educativas apoiavam-se nos conceitos de participação e desenvolvimento de estudos sobre o envelhecimento. A partir de então as UTIs vêm sendo chamadas a desempenhar o papel de centro de pesquisas gerontológicas.

Em 1975, foi criada a Associação Internacional das Universidades da Terceira Idade e, em 1981, havia 59 Universidades da Terceira Idade apenas na França. Em 1980, foi organizada a União Francesa de Universidade da Terceira Idade. Ainda na França, na década de 1980, surge a terceira geração das UTIs. Este movimento caracteriza-se pela elaboração de um programa educacional mais amplo, voltado à oferta de alternativas diversificadas a uma renovada população de aposentados, cada vez mais escolarizada, a exigir cursos universitários formais, com direito a crédito e diploma. Segundo Peixoto (1997), sendo assim, as UTIs elaboraram uma programação baseada em três eixos: participação, autonomia e integração. Com isso os estudantes passam

de simples consumidores a produtores de conhecimento, na medida em que participam das pesquisas universitárias em três níveis: a) pesquisas feitas para idosos – para combater os efeitos do envelhecimento; b) pesquisas feitas com os idosos – em que estes mobilizam seus conhecimentos, criatividade, vontade, inteligência e memória. Privilegiam discussões em grupos; c) pesquisas feitas pelos estudantes idosos – quando os estudantes adquiriram o rigor científico, o espírito crítico e a solidez da reflexão que caracteriza o trabalho universitário, e desenvolvem, eles mesmos, seus protocolos de pesquisa.

No Brasil, segundo informações de Lima (1999), a Universidade da Terceira Idade da Universidade Federal de Santa Catarina iniciou suas atividades em 1983, a partir da criação do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI). Em 1990, em parceria com o SESC, a Puc-Campinas criou a Universidade da Terceira Idade, a primeira a ser divulgada na mídia em caráter nacional. A partir da década de 1990 – partindo das experiências francesas e das diretrizes emanadas pelo Plano Internacional de Ação sobre Envelhecimento das Nações Unidas, estabelecido a partir da Primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizado em 1982, em Viena – várias UnATIs foram implantadas pelo país.

Em 1993, no Estado de São Paulo, foi fundada a Associação de Universidades Aberta à Terceira Idade do Estado de São Paulo. Os encontros anuais entre professores, administradores, alunos e ex-alunos aconteciam para uma discussão para tentar fundar a Associação Nacional das Universidades Abertas à Terceira Idade. (Sá, 1991, Néri, 1995, Petrini, 1997, Sá, 2000).

Palma (2000) através desse encontro salienta que há uma necessidade de educação permanente, que se estende por toda a vida. O Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento estabelecido nesta assembléia sublinha o descaso dos governos para com os idosos, uma vez que reservam exclusivamente à criança e ao adolescente os benefícios da educação. O plano recomenda que se assegure às pessoas que deixam a vida ativa os instrumentos necessários à manutenção da capacidade psíquica e intelectual e sua participação na vida coletiva.

A partir da década de 1990, ainda segundo Palma (2000), multiplicaram-se os programas voltados para idosos em universidades brasileiras. Estes programas possuem as denominações e seguem os modelos mais diversos, mas têm propósitos comuns, como o de rever os estereótipos e preconceitos com relação à velhice, promover a auto-estima e o resgate da cidadania, incentivar a autonomia, a independência, a auto-expressão e a reinserção social em busca de uma velhice bem sucedida.

No Brasil, existem pelo menos quatro tipos de propostas da Universidade da Terceira Idade, representados pelos Programas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e da Universidade São Francisco (programas específicos); da Universidade de São Paulo (os idosos freqüentam créditos dos cursos regulares da Universidade); da UNATI, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, uma modalidade que consiste em oferecer um elenco de atividades de cunho cognitivo, social, psicológico e físico, dentro dos quais os participantes escolhem livremente o que vão cursar a cada período, e o Núcleo de Estudos da Terceira Idade, da Universidade Federal de Santa

Catarina que, desde 1982, oferece um programa de formação de monitores sociais (voluntariado) para lidar com questões da velhice na comunidade.

A UNATI, Universidade da Terceira Idade, em seu décimo ano de vida, tem como qualidade em seu programa o fato da sua concepção levar em conta o escopo e a complexidade do envelhecimento humano no país, reclamando uma superação dos modelos até então vigentes. A enorme gama de cursos oferecidos, as atividades nas mais diversas áreas do conhecimento, as estruturas de apoio, como laboratórios, bibliotecas, e, ainda, as tecnologias inovadoras desenvolvidas na universidade foram agregadas ao projeto como suporte para a transmissão de conhecimentos novos e qualificados em diferentes áreas, para os estudantes com mais de 60 anos. Um outro ponto fundamental dessa Universidade, é o pretense espaço psicossocial que ela oferece para os idosos refletirem as relações entre eles, entre a instituição e entre a sociedade. Os idosos têm desejos de atividade cultural e outros trabalhos, e prazer de estarem juntos e expressarem-se em comum e na Universidade isso ocorre. (Petrini, 1997; Ballesteros, 1999).

Para assegurar uma qualidade às atividades planejadas, há uma preocupação com a utilização das metodologias utilizadas para que respeitem as características dos alunos idosos. Leva-se em consideração o modo de repassar as informações, e com esta finalidade utilizam-se modelos pedagógicos específicos, que incorporam os valores, a cognição e as características próprias desta faixa etária. Veras (2004), verificou que o idoso foi integrado a um espaço de pessoas mais jovens, oferecendo-lhe atividades que pudessem ser bem assimiladas e que fossem tão relevantes quanto o são as atividades universitárias habituais para o público mais jovem.

Por outro lado, apesar da relevância indiscutível dos programas educacionais, culturais e de lazer dirigidos aos idosos, sabe-se que muitos idosos não se beneficiam destas atividades devido ao comprometimento de sua capacidade funcional. Isto se deve à relação estreita entre o próprio processo de envelhecimento e a maioria das doenças que acometem o indivíduo idoso.

Para a construção de um novo referencial de cidadania, é necessário garantir essa cidadania para todos, inclusive para aqueles que a tiveram e perderam. É a partir da inclusão social que se pode contar com pessoas solidárias, cordiais e conectadas com tudo e todos. É nesse marco que se pode resgatar o ser idoso como valor para a sociedade.

O contexto atual em que vivemos não nos favorece a viver uma atuação positiva do idoso, uma vez que há uma baixa prioridade conferida aos idosos pelas políticas públicas (assistenciais, previdenciárias e de ciência e tecnologia), que evidenciam uma percepção inadequada das suas necessidades específicas. Tornando necessário um esforço político orientado no sentido de colocar na agenda da sociedade as necessidades deste segmento populacional.

Veras e Camargo (1995) afirmam que, dentre as instituições públicas, a universidade é, no momento, a mais bem equipada para corresponder às necessidades de atenção à saúde do idoso. Os idosos na faculdade da terceira idade além de receberem assistência e participarem de atividades culturais e de lazer, constituem um campo inestimável para pesquisas em várias áreas do conhecimento, ajudando assim na formação de profissionais de alta

qualificação e alavancando a produção de conhecimento sobre o envelhecimento humano.

Para Caldas (1999) para adquirir uma mentalidade preventiva e promover adequadamente a saúde do idoso é fundamental a evolução e disseminação do conhecimento sobre o envelhecimento. É importante que, em qualquer faixa etária, todos saibam reconhecer situações que ponham em risco a qualidade de vida no presente e no futuro, e como preveni-las. A proposta para os que já são idosos é a de promover a saúde por meio da manutenção ou recuperação da autonomia e independência. Com isso, naturalmente, procurar-se-á a postergar, ao máximo, o início das doenças, pois estas, em sua imensa maioria, são crônicas, e depois de instaladas são de difícil resolução e evolução lenta.

Groisman (2002) observa que a gerontologia veicula um discurso no qual utiliza a noção prevenção num sentido diferente daquele preconizado e praticado no campo da saúde coletiva: a prevenção parece ser a saída encontrada pela Gerontologia para escapar do binômio saúde-doença. Com o discurso da “prevenção”, todos os sujeitos são passíveis de intervenção, independentemente de seu estado de saúde ou de sua inserção na “normalidade”. Pela urgência da prevenção, não importa também quando começa a velhice, pois a prevenção deve começar muito antes. Lutando por um envelhecimento bem-sucedido, a Geriatria/Gerontologia parece delinear o seu mais ambicioso projeto, que é disciplinar a vida humana em toda a sua extensão.

Teixeira (2001) aponta que, para além da busca de alternativas à crise do modelo médico hegemônico, é possível imaginar que uma das principais

características das práticas de saúde no futuro será a ênfase concedida à pesquisa e às práticas de prevenção. A concepção de uma microuniversidade temática, ou seja, a conjunção de atividades em três áreas de atuação da universidade - ensino, pesquisa e extensão – voltadas para o cuidado integral do idoso, estimula a criação de alternativas inovadoras com interações sinérgicas entre produção de conhecimento, formação, aperfeiçoamento de recursos humanos e prestação de serviços. Os usuários e participantes ativos de uma UnATI, são artífices de um grande experimento, no qual continuamente se está às voltas com a proposição de novas alternativas que façam face às demandas da população idosa.

Teixeira (2001) também enfatiza que a socialização do conhecimentos sobre estratégias e práticas de promoção de saúde e qualidade de vida deverá subsidiar a formação de novos sujeitos das práticas de saúde, para além do Estado. Ao mesmo tempo, a revolução das comunicações favorece a conexão de grupos que compartilhem ideais, pratiquem modos de vida comuns e busquem soluções para problemas singulares.

As pessoas idosas desejam e podem permanecer ativas e independentes por muito tempo, desde que o devido apoio lhes seja dado. Os idosos estão potencialmente sob risco não porque envelheceram, mas sim em virtude do processo de envelhecimento que pode torná-los mais vulneráveis às incapacidades, em grande medida, decorrente de condições adversas do meio físico, social, ou de questões afetivas. Portanto, faz-se necessário ter um apoio tanto para os idosos quanto para aqueles que cuidam deles.

A UNATI foi criada com um caráter de centro de convivência para o idoso sendo um local de bem estar. Esse local é um espaço para promover a

saúde e exercício da cidadania. Teixeira (2001) aponta que as ações de promoção da saúde implicam no desenvolvimento de tecnologias “radicalmente novas”. Segundo essa autora, as tecnologias exigem desenvolvimento de métodos, técnicas e instrumentos de comunicação social e marketing sanitário, os quais visam à promoção de mudanças no âmbito das políticas públicas, tais como as mudanças das condições e dos modos de vida de grupo populacionais expostos a riscos diferenciados, o que pode pressupor alterações nas relações de poder.

A UNATI tem como princípio básico a socialização do conhecimento e das estratégias que visam a promoção da saúde e da qualidade de vida, devendo subsidiar a formação de novos sujeitos das práticas de saúde. Podendo até ocorrer a revalorização do território mais imediato no qual se constitui o espaço público de convivência, seja nesse espaço a rua, o bairro, a cidade, ou a universidade.

Podemos observar que a população de idosos está cada vez mais em crescimento, e, portanto, faz-se necessário avaliar como se dá esse crescimento em termos de qualidade de vida e do stress, uma vez que esse pode ser o gerador de muitas doenças, agravando ainda mais o estado de saúde, comprometendo o bem estar físico, mental e biológico.

Em um estudo realizado por Leite, Carvalho, Barreto e Falcão (2006), foi avaliada a presença de depressão em idosos que freqüentaram o Programa Universidade Aberta à Terceira Idade, da Universidade Federal de Pernambuco, considerando variáveis demográficas e socioeconômicas, através desse estudo, foi encontrado um percentual importante de depressão (24,02%) na população estudada, cuja maioria está classificada em depressão menor,

entre a faixa etária de 70-79 anos, do sexo feminino e separados. Foi observada associação significativa entre baixa escolaridade e depressão. Os casos de depressão apresentam relevante relação com a variável preocupação, dor de cabeça, pouca disposição, irritação, tristeza e insatisfação. Eles concluíram que a presença de depressão na população estudada aponta para a importância do planejamento, por parte do Programa (Universidade Aberta à Terceira Idade), de ações direcionadas à saúde de seus participantes, em particular, os transtornos mentais relativos à depressão.

Sendo assim, o presente estudo pretendeu verificar a influência do stress no idoso que se mantém estudando, no idoso que participa de um grupo religioso e no idoso que reside em um asilo, levando em consideração que cada um desses grupos possui suas peculiaridades.

O presente trabalho tem como objetivo aumentar a discussão sobre a importância do estudo dos idosos no Brasil e no mundo como um todo, verificando sua qualidade de vida, avaliando seu stress e quais as fontes estressoras, a fim de contribuir para a implementação de programas que possam enriquecer a qualidade de vida do idoso.

Objetivo Geral

Comparar a incidência de stress, nível da qualidade de vida e fontes estressoras entre grupos diversificados de idosos.

Objetivos Específicos:

- Verificar os sintomas de stress e a qualidade de vida em idosos que participam da Universidade da Terceira Idade;
- Verificar os sintomas de stress e a qualidade de vida em idosos que residem em asilo;
- Verificar os sintomas de stress e a qualidade de vida em idosos que participam ativamente de um grupo religioso católico.
- Verificar as fontes estressoras em idosos que participam da Universidade da Terceira Idade;
- Verificar as fontes estressoras em idosos que residem em asilo;
- Verificar as fontes estressoras em idosos que participam ativamente de um grupo religioso católico.
- Verificar se existe associação significativa entre níveis de stress, qualidade de vida dos idosos e fontes estressoras de stress.
- Comparar os níveis de stress entre os três grupos.
- Comparar os níveis da qualidade de vida entre os três grupos.
- Comparar os níveis de fontes estressoras entre os três grupos.

MÉTODO

Participantes

O presente estudo incluiu 60 participantes com mais de 60 anos, de ambos os sexos distribuídos em três grupos, sendo que metade eram mulheres e a outra metade homens, 20 participantes eram freqüentadores da Universidade da Terceira Idade de uma cidade do interior de São Paulo; 20 eram residentes de um asilo na região metropolitana de São Paulo e o terceiro grupo era composto por 20 freqüentadores de um grupo da Legião de Maria de uma Igreja na região metropolitana de São Paulo.

Crítérios de Inclusão

- Ter mais de 60 anos;
- Participantes do grupo da Faculdade da Terceira Idade: deveriam estar regularmente matriculados, cumprindo adequadamente a atividades curriculares propostas pela mesma;
- Residentes do asilo: deveriam residir no local há mais de 1 (um) ano;
- Participantes do grupo religioso: deveriam freqüentar assiduamente as atividades propostas do grupo.
- Somente seriam incluídos os que concordassem participar do estudo voluntariamente.

Critérios de Exclusão

- Apresentar quadro psiquiátrico ou deficiência mental aparente;
- Apresentar qualquer doença que pudesse interferir na participação;
- Participantes com idade abaixo de 60 anos.

Instrumentos

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

1A) Termo de Consentimento Livre Esclarecido para os participantes

(Anexo A-1) Contendo explicações sobre os objetivos da pesquisa e a assinatura do paciente caso aceite participar. Esse Consentimento foi elaborado de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do CNS e pelo Conselho Federal de Psicologia de dezembro de 2000.

1B) Termo de Consentimento Livre Esclarecido para a Instituição (Anexo

A-2) Contendo explicações sobre os objetivos da pesquisa e a assinatura do responsável pela Instituição.

2) Formulário para identificação dos participantes (Anexo B) – Este

instrumento visou obter informações consideradas relevantes para elaborar o perfil da amostra. As informações solicitadas nos itens deste formulário foram: idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, crença religiosa e existência ou não de filhos.

3) Levantamento de Fontes de Stress – (1995) (Anexo C) – Este instrumento foi elaborado por Nacarato, com base em dados obtidos a partir de um estudo e de informações coletadas na literatura. O instrumento original constituiu-se por 31 itens, sendo três deles sobre cada categoria e um último, “outros”, no qual solicita que o sujeito classifique em uma escala crescente, (NEM UM POUCO, POUCO, RAZOAVELMENTE, MUITO, MUITÍSSIMO), a escala de stress que cada situação proposta lhe causava. Os itens foram divididos em categorias relacionadas: ao cônjuge; aos familiares; a outros; à profissão e aposentadoria; ao dia à dia; à dependência e auto limitação; à enfermidades e morte; a sentimento e pensamentos; à finança e à moradia.

O presente estudo acrescentou um item: “Não ter mais a aparência jovial”.

4) Inventário de Sintomas de Stress para Adultos – ISSL – Este instrumento foi elaborado e padronizado por Lipp (2000). Compõe-se de 53 itens sendo 34 itens físicos e 19 psicológicos, divididos em três quadrantes, o primeiro quadro indica sintomas experimentados nas últimas 24 horas, sendo doze sintomas físicos e três psicológicos, o segundo quadro indica sintomas experimentado na última semana, sendo dez sintomas físicos e cinco psicológicos e o terceiro quadro sintomas experimentados no último mês, sendo doze sintomas físicos e onze psicológicos. O instrumento divide-se em três partes sendo a primeira àquela que evidencia a existência ou não do stress, a segunda investiga a fase de stress que a pessoa se encontra: alerta, resistência, quase exaustão ou exaustão e na terceira, o instrumento indica qual a área de maior manifestação dos sintomas: físicos e/ou psicológicos.

A avaliação do instrumento é feita através do uso de uma tabela que transformam os dados brutos em porcentagens para facilitar a análise dos dados obtidos.

5) Inventário de Qualidade de Vida – IQV (Anexo D) - Este instrumento foi publicado por Lipp e Rocha em 1995, utilizado com o objetivo de avaliar o nível de qualidade de vida dos participantes, considerando o sucesso alcançado pela pessoa em quatro áreas de sua vida denominada “quadrantes da vida”. São eles: social, afetivo, profissional e saúde. Considera-se que o indivíduo só tem uma boa qualidade de vida se obtém sucesso nas quatro áreas pois, se apresenta sucesso em apenas uma delas, isto implica em fracasso nas outras.

O inventário de qualidade de vida avalia as áreas:

I- Quadrante Social

II- Quadrante Afetivo

III- Quadrante Profissional

IV- Quadrante Relacionado à Saúde.

Perfazem um total de 45 perguntas, sendo 10 nos quadrantes I, II e III e 15 no quadrante IV. O total de respostas indica o grau de sucesso ou fracasso obtido em cada área.

Local

A aplicação do instrumento ocorreu em três lugares diferentes: na Universidade da Terceira Idade, no asilo da região metropolitana de São Paulo, e nos participantes da Legião de Maria de uma Igreja na região metropolitana de São Paulo.

Procedimento

1-) Na Faculdade da Terceira Idade:

Foi solicitado ao professor que ministra aula na Universidade da Terceira Idade que uma parte da sua aula fosse destinada à aplicação do material para a coleta de dados da pesquisa, e a mesma foi realizada durante quatro encontros. A coleta de dados foi individual e realizada em um único encontro com cada pessoa.

2-) No asilo:

Houve um pré-agendamento da pesquisadora com o responsável pelo asilo, realizando a coleta de dados durante seis visitas.

A coleta de dados foi individual e ocorreu em um único encontro com cada participante.

3-) No grupo de atividades religiosas:

Também houve um pré-agendamento com o responsável pela atividade religiosa para a realização da coleta de dados, utilizou apenas uma parte do tempo da atividade durante três encontros, durante os quais os testes foram aplicados individualmente em uma única entrevista.

Todos os participantes foram informados sobre a realização da pesquisa e seus objetivos, após as devidas explicações dadas pela pesquisadora, a mesma aplicou os instrumentos para coleta de dados da pesquisa em cada participante. Os participantes que tiveram dúvidas quanto alguma questão, teve essas esclarecidas. Não houve definição de tempo limite para o término da atividade. Finalmente, foi esclarecido também que, de acordo com o Termo de Consentimento Livre e esclarecido, os participantes podiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, o que não ocorreu.

Vantagens para os participantes:

Após a avaliação gratuita quanto ao nível de stress e qualidade de vida do participante, a pesquisadora forneceu orientação quanto ao stress e formas de controlá-lo, inclusive ensinando técnicas de relaxamento.

MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

A fim de comparar a incidência de stress e o nível da qualidade de vida entre grupos diversificados de idosos, foi realizada uma análise em termos de porcentagens e foram realizadas análises estatísticas por meio do teste t de Student, Anova, e Qui-quadrado quando pertinente. Para a realização da análise estatística utilizou $p=0,05$.

Os dados foram inseridos em uma base do SPSS (versão 15) e analisados no mesmo programa. Serão apresentadas as estatísticas descritivas dos instrumentos utilizados, quais sejam, o ISSL, no IV e no Levantamento de Fontes de Stress.

RESULTADOS

Verificou-se que, 55% dos participantes não apresentaram sintomas de stress, 5% estavam na fase de alerta, 33,5% na de resistência e 6,5% na de quase exaustão. Entre aqueles que apresentaram sintomas de stress, 10 apresentavam sintomas físicos, e 17 sintomas psicológicos.

A estatística realizada por meio da prova do teste Qui-Quadrado revelou uma diferença significativa entre os grupos no que se refere ao nível de stress detectado ($\chi^2 = 1,21$, $gl=2$, $p=0,05$). O grupo que residia em asilo possuía um maior número de pessoas estressadas, enquanto os dois outros grupos estavam equivalentes.

A Figura 1 mostra o número de participantes com e sem stress, por gravidade do quadro.

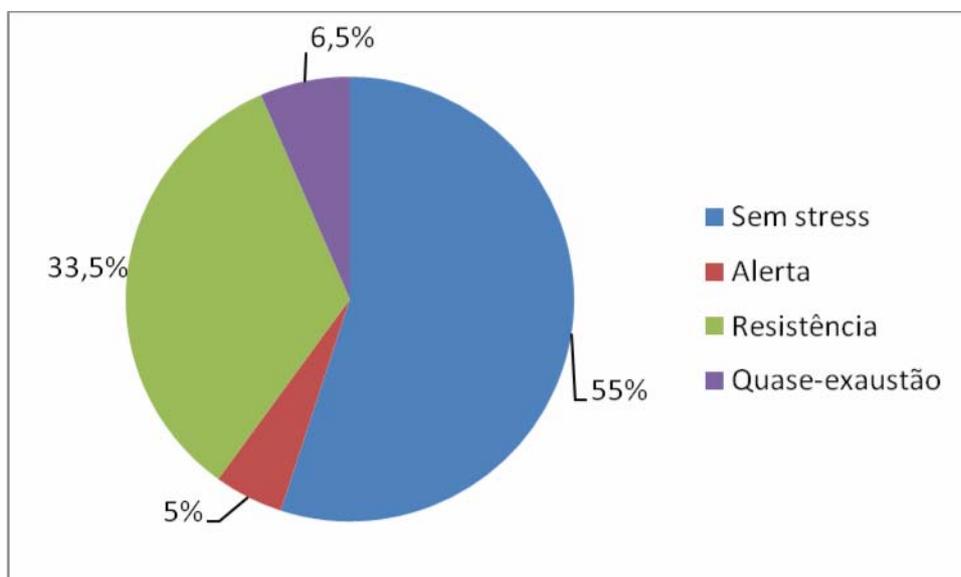


Figura 1. Porcentagem de participantes com e sem stress por fase.

O percentual de pessoas com e sem stress por fase em cada grupo avaliado pode ser visto na Figura 2 no que se refere aos residentes de asilo, na

Figura 3 no que se refere aos estudantes da UNATI e na Figura 4 no que concerne aos participantes das atividades religiosas.

Pode-se verificar na Figura 2 que 55% do grupo de residentes de asilo se encontravam com stress, enquanto que no grupo da UNATI a porcentagem sem stress era de 60%.

A Figura 4 revela que o grupo de atividades religiosas era o que possuía um maior percentual de pessoas sem stress (75%).

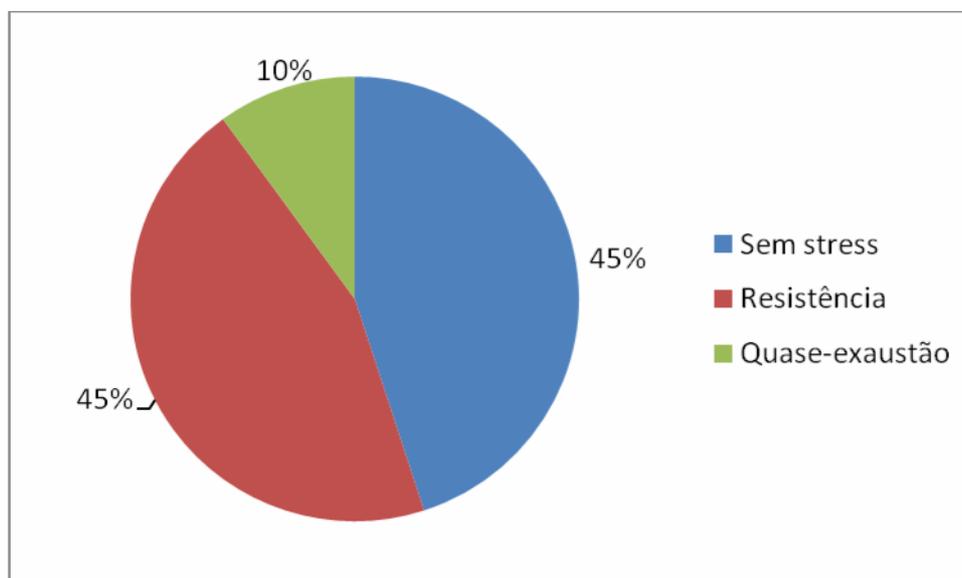


Figura 2. Stress no grupo de residentes do asilo.

Conforme também mencionado no estudo de Goldstein (1995) a presença de variáveis protetoras, tais como suporte social, para que a pessoa se sinta importante, valorizado e amado, pode amenizar a experiência do stress e os efeitos do mesmo na saúde emocional de idosos, contudo, os idosos que residem em asilos, tendem a ter menos suporte social e, conseqüentemente, o nível de stress eleva-se.

Os idosos residentes do asilo, em sua maioria não desfrutam de visitas regulares de familiares e amigos e, portanto, o apoio social é menor, quando se comparado aos outros grupos estudados nesse trabalho, através desse

resultado, o estudo realizado por Cockerham (1991), comprova a importância das redes sociais formadas por familiares e amigos, pois elas, diminuem, significadamente, os efeitos do stress nos indivíduos mais velhos, oferecendo assim um suporte social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência. Pessoas que não têm esse tipo de suporte tendem a ter mais dificuldade para lidar com o stress que aquelas pessoas que têm suporte social.

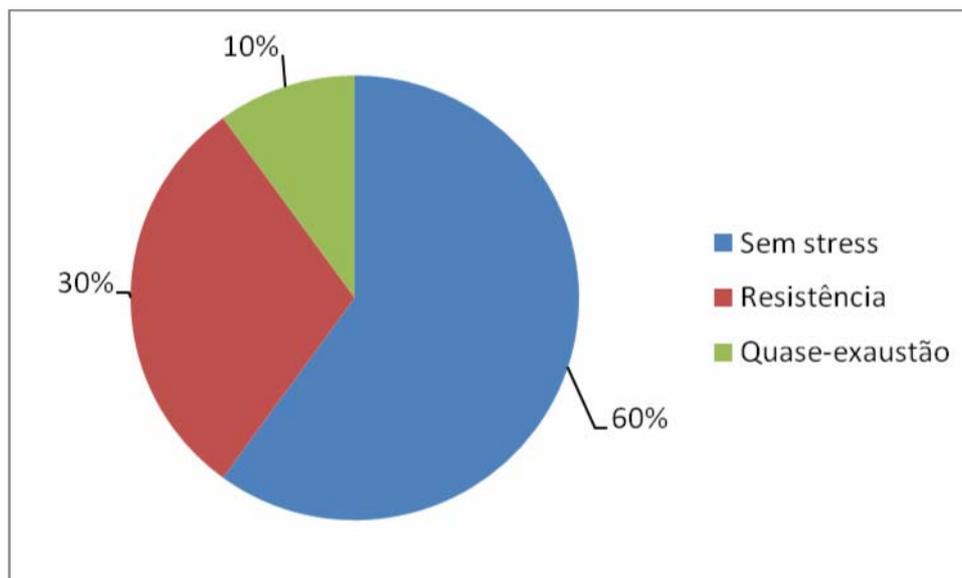


Figura 3. Stress no grupo da UNATI

O nível de stress menor dos idosos que estudam na Universidade da Terceira Idade, o estudo realizado por Ross e Ling Wu (1996), ressalta que altos níveis de educação promovem boa saúde em idades mais avançadas. Eles argumentam também que a educação é uma variável que pode protelar problemas de saúde, no sentido de que ela permite uma acumulação de vantagens. Por exemplo, pessoas melhores educadas sabem mais sobre a prevenção de vertas doenças e como ter hábitos saudáveis no curso da vida.

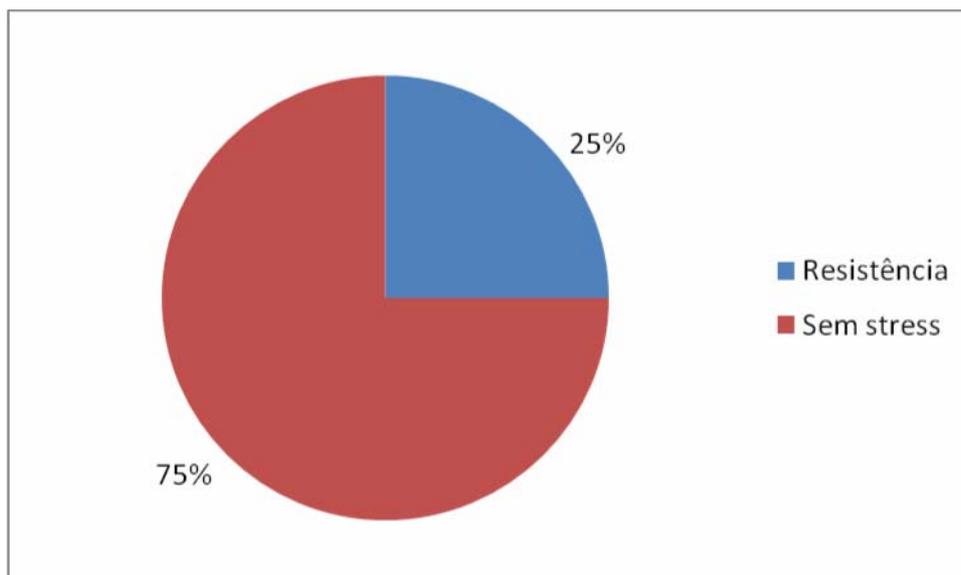


Figura 4. Stress no grupo de atividades religiosas

No estudo realizado por Nacarato (1995), os idosos que participavam de atividades religiosas mostraram-se apresentarem importantes contribuintes para o controle do stress, vindo de encontro com os resultados verificados na presente pesquisa.

O fato dos dados do presente estudo revelarem que 45% dos idosos entrevistados sofriam de stress é preocupante porque se em um organismo jovem o stress pode ter, como uma das suas conseqüências, um prejuízo à saúde (Lipp, Novaes & Novais, 2007), há de se inferir que este dano pode potencialmente ser ainda mais pronunciado em uma pessoa mais fragilizada pela passagem do tempo.

Observou-se que 55% dos idosos entrevistados não apresentavam sintomas significativos de stress, sendo que os que residiam no asilo apresentavam elevado índice de stress na fase de resistência. Tal resultado parece demonstrar que residir em asilo nessa fase da vida pode implicar em uma menor capacidade do organismo em manter a homeostase interna.

Por outro lado, manter-se em atividades de cunho religioso e acadêmico mostraram-se mais eficiente no controle de stress. Estudos realizados por Straub *et al.* (2001) comprovam a idéia de que manter o cérebro ativo fará com que a velocidade da condução do estímulo nervoso não seja tão retardada, assim manter-se engajado em atividades religiosas e/ ou acadêmicas proporcionará ainda mais estimulação cerebral.

Os dados obtidos no ISSL são apresentados de maneira mais detalhada, em função dos quadros do próprio teste. Os sintomas físicos do Quadro 1 são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Percentual de presença e ausência de sintomas nos itens físicos do Quadro 1

| Item | Ausência de sintomas | Presença de sintomas |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| Nó no Estômago | 60 | 40 |
| Boca Seca | 61.67 | 38.33 |
| Tensão Muscular | 63.33 | 36.67 |
| Aumento de Sudorese | 65 | 35 |
| Insônia | 71.67 | 28.33 |
| Mãos e Pés frios | 75 | 25 |
| Hiperventilação | 85 | 15 |
| Aperto de Mandíbula/Ranger os | | |
| Dentes | 86.67 | 13.33 |
| Mudança de Appetite | 86.67 | 13.33 |
| Diarréia Passageira | 95 | 5 |
| Hipertensão | 95 | 5 |
| Taquicardia | 96.67 | 3.33 |

É possível observar que o item que teve maior percentual de sintoma foi o “nó no estômago”, seguido da “boca seca” e de “tensão muscular”. Por outro lado, quase não foram mencionados os sintomas relacionados à diarréia passageira, hipertensão e taquicardia.

A Tabela 2 apresenta os itens sobre sintomas psicológicos do Quadro 1 do ISSL.

Tabela 2. Percentual de presença e ausência de sintomas nos itens psicológicos do Quadro 1

| Item | Ausência de sintomas | Presença de sintomas |
|------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Aumento Súbito de Motivação | 65 | 35 |
| Entusiasmo Súbito | 81,7 | 18,3 |
| Vontade Súbita de Iniciar Novos projetos | 86,7 | 13,3 |

Conforme é possível observar, uma pequena parte da amostra indicou sintomas psicológicos no Quadro 1, sendo o aumento súbito de motivação o que apresentou percentual mais elevado de sintomas.

A Tabela 3 apresenta os percentuais dos itens de sintomas físicos do Quadro 2.

Tabela 3. Percentual de presença e ausência de sintomas nos itens físicos do Quadro 2

| Item | Ausência de sintomas | Presença de sintomas |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Problemas com a Memória | 23.33 | 76.67 |
| Cansaço Constante | 36.67 | 63.33 |
| Sensação de Desgaste Físico | | |
| Constante | 58.33 | 41.67 |
| Mal estar generalizado | 60.00 | 40.00 |
| Formigamento das Extremidades | 78.33 | 21.67 |
| Mudança de Appetite | 78.33 | 21.67 |
| Hipertensão Arterial (pressão Alta) | 90.00 | 10.00 |
| Tontura/Sensação de estar Flutuando | 91.67 | 8.33 |
| Aparecimento de Problemas | | |
| Dermatológicos problemas de Pele) | 96.67 | 3.33 |
| Aparecimento de Úlcera | 98.33 | 1.67 |

Os sintomas mais comuns foram problemas com a memória e cansaço constante. No que tange à memória, é necessário investigar mais detalhadamente se não se trata de uma questão do envelhecimento e degeneração de algumas funções cognitivas ou se esse sintoma realmente associa-se ao stress. Por outro lado, praticamente não houve indicações de

problemas dermatológicos ou de surgimento de úlceras.

Por sua vez, a Tabela 4 apresenta os sintomas psicológicos do Quadro 2 do ISSL.

Tabela 4. Percentual de presença e ausência de sintomas nos itens psicológicos do Quadro 2

| Item | Ausência de sintomas | Presença de sintomas |
|-------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pensar Constantemente em um só assunto | 60.00 | 40.00 |
| Dúvida Quanto a si Próprio | 63.33 | 36.67 |
| Irritabilidade Excessiva | 68.33 | 31.67 |
| Sensibilidade Emotiva Excessiva (estar muito nervoso) | 73.33 | 26.67 |
| Diminuição da Libido (Sem vontade de sexo) | 85.00 | 15.00 |

Observa-se maior percentual de sintomas quanto a pensar constantemente num só assunto e da existência de dúvidas quanto a si próprio. A diminuição da libido foi indicada por um baixo percentual de participantes.

A Tabela 5 expõe os percentuais dos itens de sintomas físicos do Quadro 3.

Tabela 5. Percentual de presença e ausência de sintomas nos itens físicos do Quadro 3

| Item | Ausência de sintomas | Presença de sintomas |
|------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Insônia (Dificuldade para Dormir) | 75.00 | 25.00 |
| Mudança extrema de Appetite | 86.67 | 13.33 |
| Tontura Freqüente | 88.33 | 11.67 |
| Dificuldades Sexuais | 91.67 | 8.33 |
| Excesso de Gases | 91.67 | 8.33 |
| Tiques | 95.00 | 5.00 |
| Náusea | 96.67 | 3.33 |
| Diarréia Freqüente | 98.33 | 1.67 |
| Hipertensão Arterial Continuada (Pressão Alta) | 98.33 | 1.67 |
| Problemas Dermatológicos | | |
| Prolongados (Problemas de Pele) | 100.00 | 0.00 |
| Úlcera | 100.00 | 0.00 |
| Enfarte | 100.00 | 0.00 |

A análise desse resultado permite observar a ausência de indicação de sintomas associados a problemas dermatológicos, úlcera e enfarte. Mesmo os sintomas com percentual maior, que é o caso da insônia, tiveram frequência baixa de resposta indicando sintomas (máximo 25%).

Por fim, a Tabela 6 apresenta os sintomas psicológicos do Quadro 3 do ISSL.

Tabela 6. Percentual de presença e ausência de sintomas nos itens psicológicos do Quadro 3

| Item | Ausência de sintomas | Presença de sintomas |
|----------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Cansaço excessivo | 55.00 | 45.00 |
| Vontade de fugir de tudo | 65.00 | 35.00 |
| Sensação de Incompetência em Todas as Áreas | 73.33 | 26.67 |
| Angústia/ansiedade diária | 81.67 | 18.33 |
| Pesadelos | 83.33 | 16.67 |
| Irritabilidade sem causa aparente | 83.33 | 16.67 |
| Apatia, depressão ou raiva prolongada | 93.33 | 6.67 |
| Hipersensibilidade emotiva | 95.00 | 5.00 |
| Perda do senso de humor | 95.00 | 5.00 |
| Pensar/falar constantemente em um só assunto | 96.67 | 3.33 |
| Impossibilidade de Trabalhar | 98.33 | 1.67 |

Os sintomas com maior percentual observado foram o cansaço excessivo e a vontade de fugir de tudo. Pouquíssimas pessoas indicaram sintomas de stress associados à impossibilidade de trabalhar.

O fato dos dados do presente estudo revelarem que 45% dos idosos entrevistados sofriam de stress é preocupante porque se em um organismo jovem o stress pode ter, como uma das suas conseqüências, um prejuízo à saúde (Lipp, Novaes & Novais, 2007), há de se inferir que este dano pode potencialmente ser ainda mais pronunciado em uma pessoa mais fragilizada pela passagem do tempo.

Quanto aos resultados no IQV, os mesmos são analisados em função de

quadrantes, quais sejam, Social, Afetivo, Profissional e da Saúde. Vale ressaltar que apenas 12 sujeitos responderam os itens da área profissional, de modo que nem todas as análises contaram com esse quadrante. O sucesso e insucesso do número total dos participantes são apresentados nas respectivas áreas são apresentados na Tabela 7 e na Figura 5.

Tabela 7. Percentual de Sucesso e Fracasso nas quatro áreas avaliadas pelo IQV

| Áreas | Área Social | Área Afetiva | Área Profissional | Área da Saúde |
|----------|-------------|--------------|-------------------|---------------|
| Sucesso | 36,7 | 28,3 | - | 10 |
| Fracasso | 63,3 | 71,7 | 100 | 90 |

Os resultados no IQV indicam que a área avaliada como de maior sucesso é a social, enquanto a profissional foi avaliada como com fracasso por todos que responderam esses itens (N=12), pois os outros informaram não trabalhar e deixaram essa parte do instrumento em branco. Quanto à área da saúde, a maioria dos participantes tinha fracasso nessa área, sendo que todos os idosos residentes no asilo tinham fracasso nessa área.

Os resultados obtidos nos grupos em geral revelam um nível extremamente baixo de qualidade de vida, fato esse bastante relevante, pois a área da saúde foi uma das mais afetadas, seguida da área profissional que teve, na sua totalidade, um índice de fracasso.

A análise do nível de qualidade de vida em relação ao fracasso dos quadrantes por grupo pode ser observado nas Figuras 5,6 e 7.

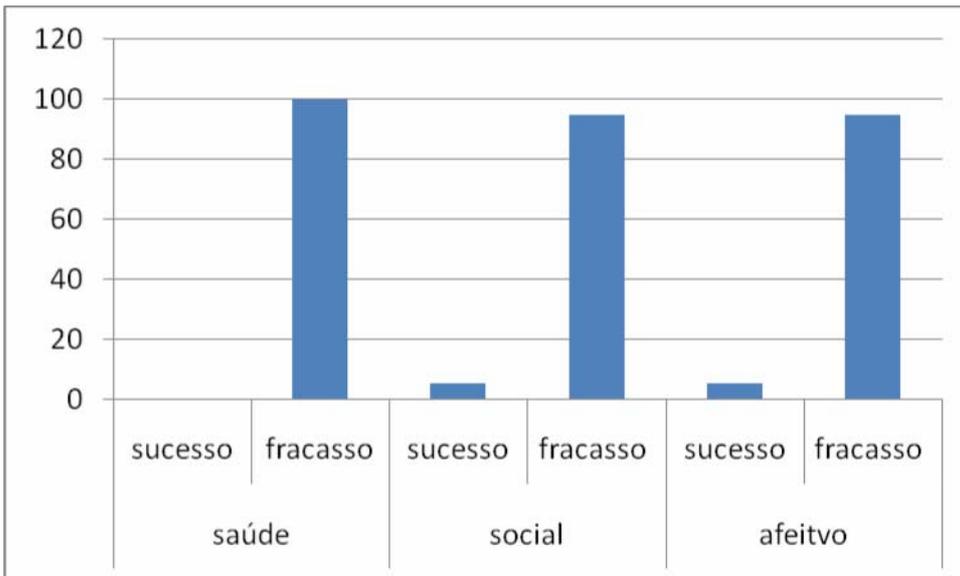


Figura 5. Qualidade de Vida dos residentes de asilo

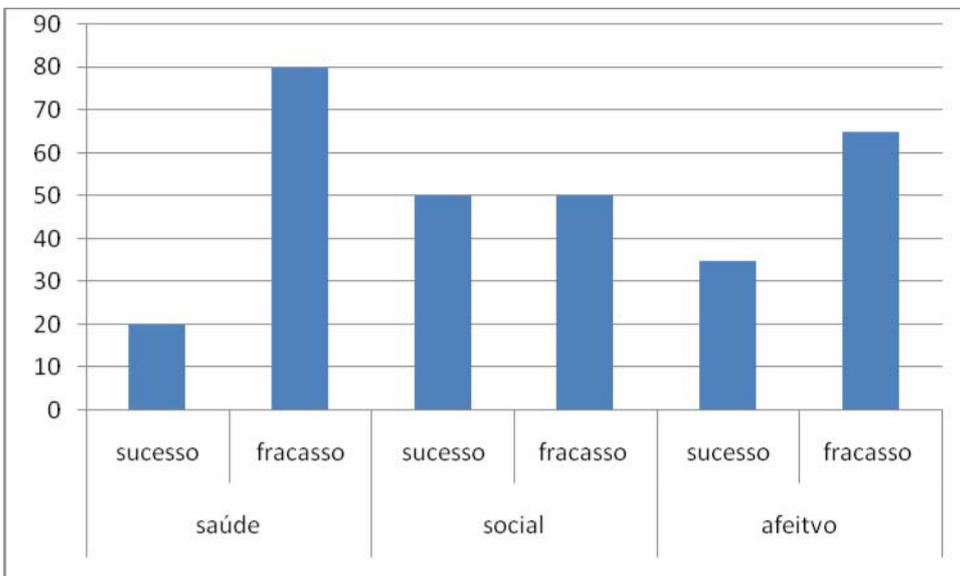


Figura 6. Qualidade de Vida dos estudantes da UNATI

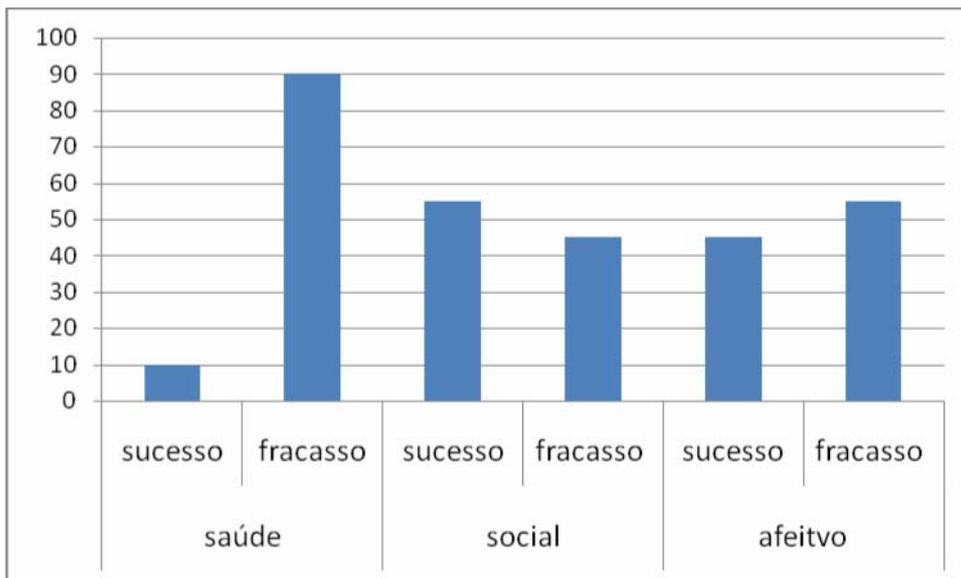


Figura 7. Qualidade de Vida do grupo de atividades religiosas

Os resultados obtidos nos grupos em geral revelam um nível extremamente baixo de qualidade de vida, fato esse bastante relevante, pois a área da saúde foi uma das mais afetadas, seguida da área profissional que teve, na sua totalidade, um índice de fracasso.

Com base na afirmação acima, o estudo realizado por Nacarato (2003), que enfatizou que a velhice envolve uma fase de muitas mudanças, fazendo com que o idoso esteja sempre em contato com estímulos estressores, os quais podem resultar em aparecimento de enfermidades físicas e psicológicas, chegando até a comprometer a qualidade de vida devido à falta de adaptação necessária, vem corroborar com o fato de que os idosos residentes do asilo não tiveram suporte necessário para lidar com os estímulos estressores, comprometendo assim a qualidade de vida deles.

A qualidade de vida dos participantes da pesquisa que freqüentavam o grupo religioso ou eram alunos da Universidade da Terceira Idade desfrutavam de uma melhor qualidade de vida, quando se comparado com os participantes do grupo dos residentes do asilo, já havia estudo realizado por Cockerham

(1991), comprovado a idéia de que as relações sociais podem promover melhores condições de saúde, promovendo assim um bem-estar psicológico.

O Levantamento de fontes de stress tem seus resultados expostos na Tabela 8. Os itens foram colocados em ordem decrescente das médias obtidas.

Tabela 8. Estatística Descritiva do Levantamento de Fontes de Stress

| Item | Mínimo | Máximo | Média | Desvio-padrão |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------|---------------|
| Depender de outras pessoas | 1 | 5 | 3.75 | .985 |
| Atividades de rotina como ir a bancos, supermercados, feiras | 1 | 5 | 3.70 | 1.094 |
| Notar em si próprias perdas como audição, visão, etc. | 1 | 5 | 3.70 | 1.253 |
| Dificuldade para locomover-se com rapidez e agilidade em situações como subir num ônibus | 1 | 5 | 3.68 | 1.112 |
| Preocupação em adoecer | 1 | 5 | 3.57 | 1.064 |
| Pessoas queridas estarem doentes | 1 | 5 | 3.48 | .873 |
| Assuntos relacionados à morte, viuvez, perda de pessoas queridas | 1 | 5 | 3.48 | 1.255 |
| Precisar morar com familiares | 1 | 5 | 3.23 | 1.170 |
| Ausência de visitas regulares dos familiares | 1 | 5 | 3.17 | 1.181 |
| Preocupar-se com o bem estar de seus familiares | 1 | 5 | 3.00 | .947 |
| Falta de dinheiro que lhe possibilite boa assistência médica | 1 | 5 | 2.90 | 1.145 |
| O comportamento de seus familiares para com você | 1 | 5 | 2.88 | 1.052 |
| Preocupar-se com problemas de outras pessoas | 1 | 5 | 2.85 | .917 |
| Providenciar aspectos relacionados à manutenção da casa tais como, limpeza, comida, vestuário | 1 | 5 | 2.82 | .930 |
| Não se sentir aceito por outras pessoas | 1 | 5 | 2.80 | 1.005 |
| Desconfiar de outra pessoa | 1 | 5 | 2.72 | 1.010 |
| Sentir-se preocupado, ansioso, deprimido | 1 | 5 | 2.68 | 1.017 |
| Pensar no passado | 1 | 5 | 2.62 | 1.043 |
| Pensar na velhice | 1 | 5 | 2.58 | .926 |
| Pensar sobre sua aposentadoria | 1 | 5 | 2.57 | 1.079 |
| Não ter casa própria | 1 | 5 | 2.49 | 1.558 |
| Ajustar o orçamento familiar à sua renda | 1 | 5 | 2.48 | 1.033 |
| Administrar o orçamento doméstico | 1 | 5 | 2.47 | 1.049 |
| Não ter dinheiro suficiente para lazer | 1 | 5 | 2.35 | .954 |
| Não ter mais a aparência jovial | 1 | 5 | 2.27 | 1.023 |
| Preocupação com beleza externa | 1 | 5 | 2.25 | 1.035 |
| Não estar exercendo uma atividade profissional | 1 | 5 | 1.83 | .977 |
| Estar exercendo uma atividade profissional | 1 | 5 | 1.83 | .942 |
| Outras pessoas, além do cônjuge precisarem morar com você | 1 | 5 | 1.73 | 1.023 |
| Relacionamento sexual | 1 | 5 | 1.62 | .940 |
| A maneira do cônjuge se comportar com você | 1 | 5 | 1.45 | .811 |
| A maneira do cônjuge se comportar com outras pessoas | 1 | 3 | 1.37 | .663 |

Quanto às fontes de stress, os itens que apresentaram média mais elevada foram: depender de outras pessoas, atividades de rotina como ir a

bancos, supermercados e feiras e notar em si perdas físicas como de audição, visão e outros. Por outro lado, os itens que apresentaram média mais baixa, foram o relacionamento sexual, a maneira do cônjuge se comportar com o participante e com outras pessoas. Vale destacar que talvez os itens relacionados ao cônjuge tenham tido média baixa, devido ao fato de que boa parte da amostra relatou não ser casada.

De modo a atingir os outros objetivos do estudo, quais sejam, de analisar possíveis diferenças nas médias de stress, fontes de stress e qualidade de vida entre os grupos, foram realizadas análises estatísticas por meio do teste t de Student, Anova, e Qui-quadrado quando pertinente. Adicionalmente, são apresentadas análises correlacionais entre o IQV e o ISSL.

Verificou-se no presente estudo diferenças entre idosos que estudavam na Universidade da Terceira Idade, os que residiam em um asilo e os que freqüentavam um grupo religioso quanto ao nível de stress, nível de qualidade de vida e fontes estressoras.

A Tabela 9 mostra os resultados da ANOVA quanto aos resultados do ISSL comparando os três grupos. Pode-se observar que houve diferença significativa em praticamente todos os quadros sintomatológicos de stress.

Tabela 9. ANOVA dos escores do ISSL em função dos grupos

| Escore analisado | | gl | F | Sig. |
|--------------------------------------------------|-------------------|----|-------|------|
| Escore total para sintomas físicos quadro 1 | Dentro dos grupos | 2 | 4.419 | .016 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| Escore total para sintomas psicológicos quadro 1 | Dentro dos grupos | 2 | 2.740 | .073 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| Escore total para sintomas físicos quadro 2 | Dentro dos grupos | 2 | 2.299 | .110 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| Escore total para sintomas psicológicos quadro 2 | Dentro dos grupos | 2 | 3.868 | .027 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| Escore total para sintomas físicos quadro 3 | Dentro dos grupos | 2 | 3.077 | .054 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| Escore total para sintomas psicológicos quadro 3 | Dentro dos grupos | 2 | 4.728 | .013 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |

Os sintomas físicos do Quadro 1 e 3 do ISSL apresentaram diferenças significativas, tendo o mesmo ocorrido para os sintomas psicológicos no quadro 2 e 3 do ISSL. Quanto aos sintomas físicos do quadro 1, do ISSL a média foi crescente entre participantes dos grupos universidade, religiosos e asilo, enquanto para os sintomas físicos do quadro 3 do ISSL e para os psicológicos

do quadro 2 e 3 do ISSL, a média foi crescente entre religiosos, asilo e universidade.

Comparando-se o nível de qualidade de vida dos três grupos, utilizou-se a prova do Qui-Quadrado devido ao fato dos dados serem dicotômicos representando sucesso ou fracasso em cada área.

Vale destacar que não foi possível fazer a análise do quadrante profissional do IQV por não haver número suficiente de sujeito em cada grupo.

Os resultados indicaram que na área social houve uma diferença significativa entre os grupos ($\chi^2 = 13,06$, $gl=2$, $p=0,001$).

Observa-se que o grupo dos participantes que reside em asilo apresentou a média mais baixa de qualidade de vida no quadrante social, contrastando com o grupo formado pelos religiosos que tiveram médias mais altas.

No grupo que se refere à qualidade de vida na área afetiva, também houve diferença significativa entre os grupos ($\chi^2 = 8,53$, $gl=2$, $p=0,01$). Novamente os residentes de asilo apresentaram as médias mais baixas contrastando com o grupo que frequenta a UNATI, com médias mais elevadas.

Em relação à qualidade de vida na saúde não houve diferença significativa entre os grupos ($\chi^2=4,44$, $gl=2$, $p=0,10$).

Mesmo não encontrando significância nas diferenças entre os grupos na área da saúde, é válido observar que os moradores de asilo e religiosos indicaram médias mais baixas, em contraposição com aqueles que frequentam universidade. De modo geral nos resultados do IQV, foi possível observar que os idosos que residem em asilo apresentaram média mais baixa de qualidade de vida, havendo uma melhoria para os religiosos e para aqueles que

freqüentavam a universidade para a terceira idade.

Todos os itens do LFS foram analisados quanto a possíveis diferenças de média (ANOVA) em função dos grupos. A Tabela 10 apresenta esses resultados.

Tabela 10. Análise de diferença de média (Anova) para os itens do Levantamento de Fontes de Stress que foram significativos em nível de $p=0,05$.

| Item | | GI | F | Sig. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----|--------|------|
| 4- A maneira do cônjuge se comportar com outras pessoas | Dentro dos grupos | 2 | 8.641 | .001 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| 11- Estar exercendo uma atividade profissional | Dentro dos grupos | 2 | 5.168 | .009 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| 12- Não ter casa própria | Dentro dos grupos | 2 | 10.704 | .000 |
| | Entre grupos | 56 | | |
| | Total | 58 | | |
| 13- Desconfiar de outra pessoa | Dentro dos grupos | 2 | 13.182 | .000 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| 15- Relacionamento sexual | Dentro dos grupos | 2 | 6.452 | .003 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| 16- Ausência de visitas regulares dos familiares | Dentro dos grupos | 2 | 45.522 | .000 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| 17- O comportamento de seus familiares para com você | Dentro dos grupos | 2 | 20.947 | .000 |
| | Entre grupos | 56 | | |
| | Total | 58 | | |
| 18- Providenciar aspectos relacionados à manutenção da casa tais como, limpeza, comida, vestuário | Dentro dos grupos | 2 | 4.116 | .021 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| 19- Sentir-se preocupado, ansioso, deprimido | Dentro dos grupos | 2 | 4.078 | .022 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| 21- Pensar no passado | Dentro dos grupos | 2 | 5.532 | .006 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| 22- Assuntos relacionados à morte, viuvez, perda de pessoas queridas | Dentro dos grupos | 2 | 12.113 | .000 |
| | Entre grupos | 57 | | |

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------|-------------------|----|--------|------|
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| 23- Notar em si próprias perdas como audição, visão, etc. | Dentro dos grupos | 2 | 14.135 | .000 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| 25- Depender de outras pessoas | Dentro dos grupos | 2 | 3.777 | .029 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| 28- Outras pessoas, além do cônjuge precisarem morar com você | Dentro dos grupos | 2 | 6.900 | .002 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| 29- Pensar na velhice | Dentro dos grupos | 2 | 8.512 | .001 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| 30- Não se sentir aceito por outras pessoas | Dentro dos grupos | 2 | 13.649 | .000 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| 31- Preocupação com beleza externa | Dentro dos grupos | 2 | 4.186 | .020 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |
| 32- Não ter mais a aparência jovial | Dentro dos grupos | 2 | 4.325 | .018 |
| | Entre grupos | 57 | | |
| | Total | 59 | | |

Observar-se que, do total de 32 itens, 18 deles apresentaram diferenças significativas de média. A Tabela 11 apresenta um detalhamento da média e desvio-padrão de cada grupo nos itens em que houve diferença significativa de média.

Tabela 11. Média e desvio-padrão para itens do Levantamento de Fontes de Stress em que houve diferença significativa de média

| Item | Universidade | | Asilo | | Religioso | |
|---------------------------------------------------------|--------------|---------------|-------|---------------|-----------|---------------|
| | Média | Desvio-padrão | Média | Desvio-padrão | Média | Desvio-padrão |
| 4- A maneira do cônjuge se comportar com outras pessoas | 1.25 | .550 | 1.05 | .224 | 1.80 | .834 |
| 11- Estar exercendo uma atividade profissional | 1.55 | 1.050 | 1.60 | .754 | 2.35 | .813 |
| 12- Não ter casa própria | 2.20 | 1.642 | 3.63 | 1.342 | 1.70 | .979 |
| 13- Desconfiar de outra pessoa | 2.20 | .768 | 3.50 | 1.051 | 2.45 | .686 |
| 15- Relacionamento sexual | 1.90 | 1.252 | 1.05 | .224 | 1.90 | .788 |

| | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|------|-------|------|------|
| 16- Ausência de visitas regulares dos familiares | 2.35 | .988 | 4.45 | .605 | 2.70 | .571 |
| 17- O comportamento de seus familiares para com você | 2.10 | 1.021 | 3.75 | .716 | 2.79 | .631 |
| 18- Providenciar aspectos relacionados à manutenção da casa tais como, limpeza, comida, vestuário | 2.40 | 1.188 | 2.85 | .671 | 3.20 | .696 |
| 19- Sentir-se preocupado, ansioso, deprimido | 2.20 | 1.152 | 3.05 | .945 | 2.80 | .768 |
| 21- Pensar no passado | 2.25 | 1.118 | 3.20 | 1.005 | 2.40 | .754 |
| 22- Assuntos relacionados à morte, viuvez, perda de pessoas queridas | 2.55 | 1.504 | 3.75 | .851 | 4.15 | .671 |
| 23- Notar em si próprias perdas como audição, visão, etc. | 2.80 | 1.436 | 3.75 | .910 | 4.55 | .605 |
| 25- Dependere de outras pessoas | 3.30 | 1.218 | 4.10 | .718 | 3.85 | .813 |
| 28- Outras pessoas, além do cônjuge precisarem morar com você | 2.05 | 1.317 | 1.10 | .308 | 2.05 | .887 |
| 29- Pensar na velhice | 2.20 | 1.005 | 3.20 | .768 | 2.35 | .671 |
| 30- Não se sentir aceito por outras pessoas | 2.35 | .988 | 3.60 | .681 | 2.45 | .826 |
| 31- Preocupação com beleza externa | 2.25 | 1.293 | 2.70 | .865 | 1.80 | .696 |
| 32- Não ter mais a aparência jovial | 2.30 | 1.261 | 2.70 | .865 | 1.80 | .696 |

Ao comparar as médias dos grupos item a item, é possível verificar que o grupo dos religiosos apresentou médias mais altas nos itens referentes à maneira do cônjuge se relacionar com outras pessoas, estar exercendo atividade profissional, cuidar da manutenção da casa, assuntos relacionados à morte e notar em si perdas físicas. Nesse tipo de comparação, o grupo que frequenta a universidade não apresentou média mais elevada em nenhum dos itens. Por fim, o grupo dos residentes de asilo teve média mais alta nos itens sobre não ter casa própria, não confiar em outra pessoa, a ausência de visitas de familiares, o comportamento dos familiares com o idoso, a sensação de preocupação e ansiedade, pensamentos para o passado, depender de outras

peças, pensar na velhice, não se sentir aceito por outras pessoas, preocupação com a beleza externa, não ter mais a aparência jovial.

Vale destacar também nessa análise que quatro itens apresentaram médias acima de 4 (numa escala em que o valor máximo era 5), sendo eles referentes à ausência de visitas de familiares, assuntos relacionados à morte, perda de funções como visão e audição e ter que depender dos outros. Esses dados devem ser analisados com especial atenção na tentativa de promover intervenções adequadas considerando grupos específicos a que os idosos pertencem. Esses resultados, em conjunto, apontam para a relevância desse tipo de pesquisa, que auxilia no mapeamento de fontes de stress em idosos que pertencem a grupos específicos.

Por fim, foi realizada uma análise correlacional (correlação de Pearson) entre os escores totais nos quadrantes do IQV com o escore total no ISSL e o escore de sintomas físicos e psicológicos nos quadros do ISSL. O escore total no trabalho não entrou nessa análise pelo pequeno número de participantes. A Tabela 12 apresenta esses resultados.

Tabela 12. Correlação entre Escore total no ISSL e escore de sintomas físicos e psicológicos nos quadros do ISSL com os quadrantes do IQV

| Escores | | Escore total social | Escore total afetivo | Escore total saúde |
|--------------------------------------------------|----------|---------------------|----------------------|--------------------|
| Escore total ISSL | <i>r</i> | -.354 | -.382 | -.314 |
| | <i>p</i> | .006 | .003 | .015 |
| Escore total para sintomas físicos quadro 1 | <i>r</i> | -.154 | -.155 | -.288 |
| | <i>p</i> | .240 | .237 | .026 |
| Escore total para sintomas psicológicos quadro 1 | <i>r</i> | .213 | .176 | .050 |
| | <i>p</i> | .102 | .178 | .704 |
| Escore total para sintomas físicos quadro 2 | <i>r</i> | -.429 | -.532 | -.396 |
| | <i>p</i> | .001 | .000 | .002 |
| Escore total para sintomas psicológicos quadro 2 | <i>r</i> | -.388 | -.347 | -.140 |
| | <i>p</i> | .002 | .007 | .285 |

| | | | | |
|--------------------------------------------------|----------|-------|-------|-------|
| Escore total para sintomas físicos quadro 3 | <i>r</i> | -.186 | -.198 | -.118 |
| | <i>p</i> | .154 | .130 | .369 |
| Escore total para sintomas psicológicos quadro 3 | <i>r</i> | -.437 | -.427 | -.305 |
| | <i>p</i> | .000 | .001 | .018 |

Observa-se que houve correlações negativas e significativas entre o escore total no ISSL e os escores nos três quadrantes do IQV. Os sintomas físicos do quadro 1 do ISSL apresentaram correlação significativa e negativa apenas com a qualidade de vida na saúde. Os sintomas psicológicos do quadro 1 do ISSL e os sintomas físicos do quadro 3 do ISSL não apresentaram correlação significativa com nenhum quadrante de qualidade de vida. Os sintomas físicos do quadro 2 do ISSL apresentaram correlação significativa e negativa com a qualidade de vida social, afetiva e da saúde. Os sintomas psicológicos do quadro 2 do ISSL apresentaram correlações significativamente negativas com a qualidade de vida em social e afetiva. Por fim, os sintomas psicológicos do quadro 3 do ISSL correlacionaram-se de maneira significativa e negativa com todos os quadrantes do IQV. O fato de todas as correlações significativas terem sido negativas indica que, a medida que aumenta o stress, diminui a qualidade de vida.

Outra análise realizada foi a correlação de Pearson entre a idade e os escores no ISSL e nos quadrantes do IQV, conforme tabela 13.

Tabela 13. Correlação entre idade e Escore total no ISSL, escores físicos e psicológicos nos quadros do ISSL e quadrantes do IQV

| Escores | | Idade |
|--------------------------------------------------|---|-------|
| Escore total social | R | -.179 |
| | P | .171 |
| Escore total afetivo | R | -.221 |
| | P | .090 |
| Escore total saúde | R | -.188 |
| | P | .150 |
| Escore total para sintomas físicos quadro 1 | R | .260 |
| | P | .045 |
| Escore total para sintomas psicológicos quadro 1 | R | .029 |
| | P | .824 |
| Escore total para sintomas físicos quadro 2 | R | .294 |
| | P | .023 |
| Escore total para sintomas psicológicos quadro 2 | R | .217 |
| | P | .095 |
| Escore total para sintomas físicos quadro 3 | R | .326 |
| | P | .011 |
| Escore total para sintomas psicológicos quadro 3 | R | .332 |
| | P | .010 |
| Escore total ISSL | R | .347 |
| | P | .007 |

É possível observar correlações significativas e positivas entre idade e o escore total no ISSL e nos sintomas físicos quadro 1, 2 e 3 do ISSL nos sintomas psicológicos do quadro 3 do ISSL, indicando que à medida que aumenta a idade, aumentam os níveis de stress. Vale destacar que principalmente os sintomas físicos de stress estão associados ao aumento da

idade. A figura 8 apresenta a comparação entre idade e o escore total no ISSL.

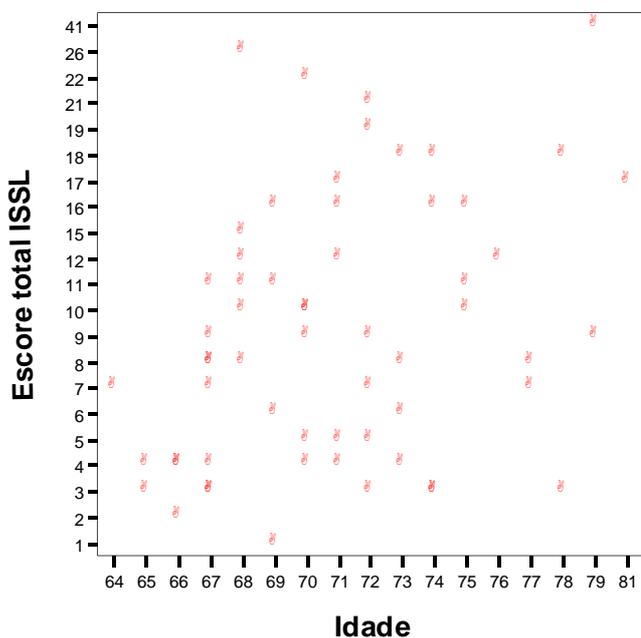


Figura 8. Comparação entre idade e escore total no ISSL

Por meio da figura 8 é possível identificar uma tendência positiva entre o aumento da idade e o aumento do nível total de stress, ou seja, que o envelhecimento é acompanhado por um padrão de aumento no nível de stress relatado.

A título exploratório, foram feitas análises de diferença de média (teste t de Student ou ANOVA) considerando as variáveis sexo, idade, estado civil, se pratica alguma religião regularmente ou não e tempo de asilo, testando as variáveis do IQV (Quadrantes social, afetivo e saúde) e ISSL (escores físicos e psicológicos por quadro).

Quanto ao sexo, foi observada diferença significativa para a qualidade de vida afetiva [$t(58) = 2,253, p = 0,028$] e social [$t(58) = 3,213, p = 0,002$], em que as mulheres apresentaram escores mais elevados. Quanto à idade, não houve diferença significativa.

No que tange o estado civil, houve diferença significativa apenas para os sintomas psicológicos do quadro 1 [$F(3,56) = 4,002, p = 0,012$]. Nesse específico, as médias de estresse foram crescentes entre os divorciados, viúvos, casados e solteiros.

No que diz respeito ao tempo em que habitam em asilos, houve diferença significativa para a qualidade de vida no campo afetivo [$t(18) = 2,736, p = 0,014$] e da saúde [$t(58) = 2,877, p = 0,010$] e nos sintomas psicológicos do quadro 3 [$t(58) = -2,814, p = 0,011$]. No caso da qualidade de vida afetiva e da saúde, aqueles que residiam a menos de cinco anos no asilo apresentaram média mais elevada, enquanto que o stress demonstrado nos itens dos sintomas psicológicos do quadro 3, os idosos que residiam a mais de cinco anos apresentaram médias mais elevadas. Vale destacar que o tamanho do efeito dessas duas situações deve ser grande, uma vez que uma amostra de apenas 20 sujeitos (aqueles que residiam no asilo) foi capaz de apontar diferenças de média estatisticamente significativas.

Por fim, quanto à prática de religião, houve diferenças de média significativas apenas para os sintomas físicos e psicológicos no quadro 2 e 3 [respectivamente $t(58) = -2,653, p = 0,010$, $t(58) = -2,288, p = 0,026$, $t(58) = -3,611, p = 0,001$ e $t(58) = -3,937, p < 0,001$]. Em ambos os casos, quem não praticava religião regularmente apresentou médias de stress mais elevadas.

Esses dados, em conjunto, apontam para uma coerência dos resultados. Entre as análises foi possível observar aspectos que auxiliam na caracterização de idosos que encontram-se em situações distintas, tendo sido estudados grupos residentes em asilos, que freqüentavam a universidade e religiosos. Foi possível observar que o aumento do stress esteve associado a

uma diminuição da qualidade de vida, além do aumento da idade estar acompanhado de aumento de stress. Verificou-se menor qualidade de vida e para os idosos que residiam em asilo, sugerindo a importância de verificar as condições em que os mesmos são submetidos. Quanto ao stress, os sintomas físicos foram mais presentes nos idosos residentes de asilo, enquanto que, para os sintomas psicológicos, houve média mais elevada para o grupo da universidade e mais baixa para os religiosos. Os dados sugerem que condições específicas, ou seja, pertencer a grupos religiosos, de universidade ou residir em asilo, podem estar associada a quadros específicos de stress, porém, sobre a qualidade de vida, aqueles que residem em asilo avaliaram-se mais negativamente para todos os aspectos analisados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da presente pesquisa revelaram que os idosos que tinham um nível de stress mais elevados estavam na fase de resistência do stress, sendo esses idosos, na sua maioria, residentes de asilos. Os idosos alunos da UNATI e freqüentadores de atividades religiosas foram os que tinham nível de stress menor.

Em relação aos sintomas de stress, verificou-se que “nó no estômago”, “boca seca”, “tensão muscular”, “cansaço constante”, “cansaço excessivo” foram os itens físicos mais assinalados, enquanto que “aumento súbito da motivação”, “pensar constantemente num só assunto”, “dúvidas quanto a si próprio”, foram os itens psicológicos mais assinalados.

Quanto à qualidade de vida, a área da saúde mostrou-se a mais prejudica em todos os grupos estudados, assim como a área profissional, mesmo não sendo respondidas por todos os participantes. Enquanto que a área social foi a que mais teve sucesso.

Manter-se em atividade religiosas e estudar em UNATIs mostraram ser eficazes tanto no manejo de stress, quanto em manter uma melhor qualidade de vida durante a velhice.

Os resultados demonstram que haja implantação de programas de manejo de stress para os idosos residentes de asilo, para prevenir e proporcionar uma melhor qualidade de vida e redução do nível de stress.

Os trabalhos desenvolvidos nas UNATIs e nos grupos religiosos devem ser melhores divulgados entre as pessoas dessa faixa etária, incentivando à participação, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida e reduzindo o stress.

Outros trabalhos nessa área são de extrema importância para melhor compreender os idosos e proporcionar melhores condições de vida para essa população.

REFERÊNCIAS

- Adriano, J.R., Werneck, G.A.F., Santos M.A. & Souza R.C. (2000). A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhora da qualidade de vida? **Ciência e Saúde Coletiva**, 5(1), 53-62.
- Aldwin, C.M. (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**, 46 (4), 174 -180.
- Assis, M. (1998). Aspectos sociais do envelhecimento. In C.P. Caldas (Org.). **A saúde do idoso: a arte de cuidar** Rio de Janeiro: Eduerj, 39-48.
- Ballesteros, R.; Fresneda, R.; Martinez, V. e Zamarion. (1999). **Qué es la psicología de la Vejes**. Madrid Editorial Biblioteca Nueva.
- Berger, L. e Mailloux-Poirier, M. (1995). **Pessoas Idosas: uma abordagem global**, Lusodidacta.
- Birman, J. (1994). O futuro de todos nós. Temporalidade, memória e Terceira Idade. **Estudos em Saúde Coletiva**, nº 86. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Bisconti, T. E. e Bergeman, C. (1999). Perceived social control as a mediator of the relationship among social support, psychological well being and perceived health. **Gerontologist** , 39.
- Botelho, J.B. (1991). **Medicina e religião: conflito de competências**. Manaus: Metro Cúbico.

- Buhler, C. (1933). The curve of life as studied in biographies. **The Journal of Applied Psychology**, 19 (4), 405-409.
- Braver, T. S. e Barch, D. M. (2002). A theory of cognitive control, aging cognition, and neuromodulation. **Neurosci. Biobehav. Rev.** 26, 809–817.
- Breslow, L. (2003). **UCLA Study Examines Well-being of California's 3.6 Million Seniors; Latinos, Those With Limited English Report Poorest Health.**
Retirado em 09/12/2003 da URL: www.ph.ucla.edu/sph/pr/DBP531nr.pdf.
- Brito F.C. , Ramos L.R. (1996). Serviços de atenção à saúde do idoso. In: **Papaléo M. Netto**. Gerontologia. São Paulo (SP): Atheneu.
- Caldas, C.P. (1999). Educação para a saúde: a importância do autocuidado. In R.P. Veras (Org.) **Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição**.– UnATI/Uerj, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 45-52.
- Camarano, A.A. (Org.). (1999). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: Ipea.
- Cançado, F.A.X. (1996). Epidemiologia do envelhecimento. In **Noções práticas de geriatria**. São Paulo: COOPMED, 16-43.
- Carlson, N. R. (2002). **Fisiologia do comportamento**. São Paulo: Editora Manole.
- Cecconello, A. M., & Koller, S. H. (2000). Competência social e empatia: Um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza [Versão eletrônica]. **Estudos de Psicologia** (Natal), 5(1), 71-93. Retirado em 20 jul. 2004, do SciELO (Scientific Electronic Library Online) em <http://www.scielo.br/prc>

- Chaimowicz, F. (1987). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, 31(2), 184-200.
- Chaimowicz, F. & Dirceu, B. D. (1999). Dinâmica da Institucionalização de idosos em Belo Horizonte. **Revista de Saúde Pública**, 33 (5), www.fsp.usp.br/rsp.
- Cicirelli, V. G. (1990). **Family support in relation to health problems of the elderly**. Em: Brubaker, T. H. (ed.), Family relationships in later life. 2nd ed.. Newbury Park, CA: Sage.
- Cobb, S. e Rose, R. M. (1973). Hypertension, peptic ulcer, and diabetes in air traffic controllers. *J. Am. Med. Assoc.*, 224, 489-492.
- Cockerham, W. (1991). **This aging society**. New Jersey: Prentice Hall.
- Cohen, E. A. (1953). **Human behavior in the concentration camp**. New York: W.W. Norton.
- Cohen S., Williamsom G.M. (1998) Perceived Stress in a Probability Sample of United States. In: Spacapan S., Oskamp S., editores. **The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on applied social psychology**. Newbury Park, CA: Sage.
- Cooke, D. J. (1986). Psychosocial variables and the life event/anxiety-depression link. **Acta. Psychiatr. Scand.** 74, 281-291.
- Correia, R. C. & Caldeira, J.C. Conseqüências do estresse na atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e no envelhecimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 9 (3), 183-196.

- Curcio, M. A. (1991). **Estudo do estresse e qualidade de vida de uma amostra de pacientes oncológicos**. Dissertação de Mestrado Não-publicada, Campinas, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Debert, G.G. (1999). **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Ed. Edusp – FAPESP, 266.
- Decreto nº 1.948 Regulamenta a Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994 – Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1996. 05 jan, seção 1, p. 77-9.
- Ellis, A. (1973). **Reason and emotion psychotherapy**. New York: Lyle Stuart.
- Emmons, R.A. & Paloutzian, R.F. (2005). The psychology of religion, **Annual Reviews Psychology**, 54, 377-402.
- Everly, G. S. (1989). **A clinical guide to the treatment of the human stress espouse**. New York: Plenum Press.
- Faria, J.B. & Seidl, E.M.F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia Reflexão e Crítica**, 18 (3).
- Ferraro, K. e Farmer, M. (1996). Double jeopardy to health hypothesis for african american: analysis and critique. **J. Health Social Behav.** , 37, 27-43.
- Ferreira, J.R. & Buss, P.M. (2002). O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde. In L. Zancan, R. Bodstein & W.B. Marcondes (Org.).

- Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local – a experiência em Manguinhos.** Rio de Janeiro: Abrasco, Fiocruz, 15-38.
- Goldstein, L. & Neri, A.L. (1993). **Qualidade de vida e idade madura.** Campinas: Papyrus.
- Goldstein, L. L. (1995). Stress e coping na vida adulta e na velhice. In A. L. Neri (Ed.), **Psicologia do envelhecimento** (pp. 145-158). Campinas, SP: Papyrus.
- Grimby, A. & Wiklund, I. (1994). Health – Related quality of life in old age. A study among 76-years – old Swedish Urban Citizens, Sweden. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, 22 (1), 7-14.
- Groisman D. (2002). A velhice, entre o normal e o patológico. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, 9(1), 61-78.
- Harman, D. (2001). Aging: *overview*. Ann. N. Y. Acad. Sci. , 928, 1-21. Harvey, A. G. e Bryant, R. A. (2002) Acute stress disorder: a synthesis and critique, **Psych. Bull.** , 128, 886-902.
- Harrison, M. O., Koenig, H. G., Hays, J. C., Eme-Akwari, A.G., & Pargament, K.I. (2001). The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. **International Review of Psychiatric**, 13, 86-93.
- Hatalski, C. G., Brunson, K. L., Tantayanubutr, B., Chen Y. e Baram T. Z. (2000). Neuronal activity and stress differentially regulate hippocampal and hypothalamic corticotropin-releasing hormone expression in the immature rat. **Neuroscience** , 101, 571-580.

- Herman, J. P. e Cullinan, W. E. (1997). Neurocircuitry of stress: central control of the hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis. **Trends Neurosci.** , 20, 78-84.
- Hoffmann, M. E. (2003). Bases Biológicas do Envelhecimento. **Revista Idade Ativa** , Campinas, SP
- Hoge, D.R. (1996). Religion in America: the demographics of belief and affiliation. In E.P. Shafranske (Org.). **Religion and the clinical practice of psychology**. Washington: APA. 21-41.
- Houaiss, A., Villar, M. S. e Franco, F. M. M. (2001). **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Jacob, W., Filho e Souza, R. R. (1994). **Anatomia e fisiologia do envelhecimento**. Em: Carvalho, E. T., Filho e Papaleo, M., Neto. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Editora Atheneu.
- Jackson, M. & Fulford, K.W.M. (1997). Spiritual experience and psychopathology. **Philosophy, Psychiatric, and Psychology**, 4, 42-65
- Jöels, M. (2001). Corticosteroid Actions in the Hippocampus. **J. Neuroendocrinol.**, 13, 657-669.
- Kaplan, R. M. (1995). Quality of life, resource allocation and the U.S. health-care crises. In J. E. Dimsdale & A. Baum (Org.). **Quality of life in behavioral medicine research**. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum. 3-30.

- Kiecolt-Glaser, J. K.; McGuire, L.; Robles, T. F. & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: black to the future. **American Psychosomatic Society**, 64, 15-28.
- Krause, N. e Borawick-Clarck, E. (1995). Social class differences in social support among older adults. **Gerontologist** , 35, 498-508.
- Lawton, M.P., Moss, M. & Glicksman, A. (1990). The quality of the last year of life of older persons. **The Milbank Quarterly**, 68,1.
- Lazarus, R. e Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer.
- Leite, P.F. (1990). **Aptidão física esporte e saúde: prevenção e reabilitação**. 2º ed., São Paulo: Editora Robe.
- Leite, V.M.M., Carvalho, E. M.F., Barreto, K.M.L. & Falcão, I.V. (2006). Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 6(1), 31-38.
- Lima, M. A. (1999). A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a Terceira Idade: a UnaTI/UERJ. **Textos sobre Envelhecimento**. 2(2), 56.
- Lipp, M .E. N. (1984). Stress e suas implicações. **Estudos de Psicologia**, 3, 5-19.
- Lipp, M., (1996). **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. São Paulo: Editora Papyrus.
- Lipp, M. E. N. (Ed.). (2000). **Crianças estressadas: Causas, sintomas e soluções**. Campinas, SP: Papyrus.

- Lipp, M.E.M. (2000) **Inventário de Sintomas de Stress (ISSL)**. Caso do Psicólogo.
- Lipp, M.E. N., Novaes, L.E.N. & Novais, L.E.N. (2007). **O Stress ao Longo da Vida**. São Paulo: Icone Editora.
- Litvoc, J. & Brito, F.C. (2004). **Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde** – São Paulo: Atheneu.
- Louzã M.R.; Netto, Louzã, S.P.R., Cohen, C., Louzã, J.R. O idoso, as instituições totais e a institucionalização. **Revista Paulista Hospital**; julho-agosto; 34(7/8//9):135-43.
- Luft, C.D.B.; Sanches, S.O.; Mazo, G.Z. e Andrade, A. (2007) Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**; 41(4):606-15
- Lukoff, D. (1992). Toward a more culturally sensitive DSM-IV (psychoreligious and psychospiritual problems). **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 180, 673-682.
- Malagris, L. E. N. (1992). **Stress e úlceras gastroduodenais: Interações clínico-psicológicas**. Dissertação de Mestrado Não-publicada, Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Medeiros, S.L.(1994). **Saúde e qualidade de vida na opinião dos idosos**, São Paulo. *Gerontologia*, 2(1), 0-12.
- Minayo, M.C.S., Hartz, Z.M.A. & Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência de Saúde coletiva**, 5(1), 7-18.

Ministério da Previdência e Assistência Social (BR). Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso e dá suas providências. Brasília (DF): Ministério da Previdência e Assistência Social; 1996.

Mota, E. M. (1990). **Envelhecimento Social. Debates Sociais**. Rio de Janeiro: CBCISS, ano XXII, 230.

Mutran, E. e Reitzes, D. C. (1984). Intergenerational support activities and well-being among the elderly: a convergence of exchange and symbolic interaction perspectives. **Am. Sociol. Rev.**, 49, 117-130.

Nacarato, A.E.C.B. 1995). **Stress no Idoso: Efeitos Diferenciais da Ocupação Profissional** – Dissertação de Mestrado Não publicada, Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Nacarato, A.E.C.B. (2003) Envelhecer é isto. In M.E.N. Lipp, (Org.). **O stress está dentro de você** São Paulo: Editora Contexto. 139-151.

NESPE – Fiocruz – UFMG (2002). **Carta de Ouro Preto: desigualdades sociais, de gênero e saúde dos idosos no Brasil**. Disponível em <http://www.unati.uerj.br/destaque/ouro_preto.doc>.

Neri, A. L.(1995) **Psicologia do envelhecimento** (Org.). São Paulo: Papyrus.

Neri, A. L. (1995). **Psicologia do Envelhecimento, temas selecionados na perspectiva do curso de vida**. Campinas: Papyrus.

Neri, A. L. (Org.). (2001). **Maturidade e Velhice: Trajetórias Individuais e Socioculturais**. Campinas: Papyrus.

Neri, A. L. (2001). Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento

- humano em Psicologia e em Sociologia. In A. L. Neri (Ed.), **Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas** (pp. 11-35). Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A. L. (2002). Teorias Psicológicas do Envelhecimento. In E. V. de Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni, & S. M. da Rocha, **Tratado de Geriatria e Gerontologia** (pp. 32-46). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Neugarten, B.L. (1964). **Personality in middle and later life: Empirical Studies**. Nova York: Athernon.
- Novaes, M. E. (1995). **Conquistas possíveis e rupturas necessárias**. Psicologia da Terceira Idade. Rio de Janeiro: Editora Grypho.
- Ogston, D. (1983). **The physiology of homeostasis** , Cambridge, Mass, Harvard University Press.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (2004). Manual básico de assistência à saúde do idoso na CGABEG (Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes)
- ONU (Organização Mundial das Nações Unidas) (2002). **Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento**. Madri: Assembleia Mundial Sobre el Envejecimento 2.
- Hill, P.C., Pargament, K.I., Wood, R.W.Jr., Mccullough, M.E.; & Swyers, J.P. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. **Journal of Theory Society of Behaviorism**, 30,51-77.

Decreto nº 1.948 Regulamenta a Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994 – Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): 5 jan. 1996. Seção 1,p.77-9.

Portaria nº 810 Aprova as normas e padrões para o funcionamento de casa de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): 22 set. 1989. Seção 1, p. 17297-8.

Paim, J.S. & Almeida Filho, A. N. (2000). **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador, Bahia: Cadernos de Saúde Pública.

Palma, L. T. S. (2000). **Educação permanente e qualidade de vida: indicativos para uma velhice bem-sucedida**. UPF, Passo Fundo, Rio Grande do Sul.

Pargament, K. I. & Park, C. I. (1995). Merely a defense? The variety of religious means and ends. **Journal of Social Issues**, 51,13-32.

Peixoto, C. A. (1997). De volta às aulas ou de como ser estudante com 60 anos, pp. 41-74. In RP Veras (org.) **Terceira idade: desafios para o terceiro milênio**. Relume-Dumará – Uerj, Rio de janeiro.

Peixoto, C. A. (1998). Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In M.M.L., de Barro (Org.). **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 69-84.

- Pereira, A.; e cols . (2004) Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. **Ciências & Cognição**. 1:(1) - 34-53. Disponível em www.cienciasecognicao.org.
- Petrini, J.F. (1997). **Experiência com grupo da 3° idade: um estudo psicológico**. Dissertação de Mestrado Não publicada, Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Petrone, L. (1994). **Qualidade de vida e doenças psicossomáticas**. Tradução Lúcia Malagrino Petrone- São Paulo:Lemos.
- Pires, S.L. e Gorzoni, M.L. (2006). Idosos asilados em hospitais Gerais. **Revista Saúde Pública**;40(6):1124-30.
- Podrabsky, M. (1994). Nutrição e envelhecimento. Em: Mahan, L. K., Arlin, M. T. e Krause, T. (eds.). **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 8 ed. São Paulo: Rocca.
- Pruchno, R, Burant, C. e Peters, N. (1997). Understanding the well-being of care receivers. **Gerontologist Social Sci.** , 37, 102-109.
- Ramos, M.P. (2002). Apoio Social e saúde entre idosos. **Sociologias**, 7, 156-175 e 1517-4522.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). **Successful aging**. New York: Pantheon Books.
- Ruipérez, I. e Llorente, P. (1998). *Geriatrics* , Rio de Janeiro, McGraw Hill.
- Sapolsky, R. (1994) **Why zebras don't get ulcers** . New York: W.H.Freeman and company. Retirado em 09/12/2003, do PubMed (National Library of Medicine – NLM) na URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> .

- Salgado, M. A. (1997). **Aposentadoria e ética social** In Série Terceira Idade. São Paulo: SESC, 4-15.
- Sá, J. L. M. de (1991). **Dos fundamentos educacionais, filosóficos e epistemológicos à configuração do nível de totalidade de um currículo inovador: A Universidade da Terceira Idade**. Campinas, janeiro.
- Sá, J. L. M. de (2000). Extensão universitária na área de gerontologia – produção das instituições brasileiras de ensino superior. **Revista Gerontologia – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 8 (2/4), 48-55.
- Sapolsky, R. (1991). The role of the hippocampus in feedback regulation of the hypothalamic- pituitary-adrenocortical axis. **Endocri. Rev.** 12, 118-134.
- Selye, H. (1956). The stress of life. New York: McGraw-Hill. Short, K. H. & Johnston, C. (1997). **Stress, maternal distress, and children's adjustment following immigration: The buffering role of social support**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 494-503.
- Seyle, H. (1956). The stress of life . *New York: McGraw-Hill*. Smith, J. C. (1993). **Understanding stress and coping**. *Nova York: Macmillian*.
- Siergel, K., Anderman, S.J.; & Schrimshaw, E.W. (2001). **Religion and coping with health-related stress**. *Psychology and Health*, 16, 631-653.
- Silva, A. C. A. (1992). **Estresse, estressores, e qualidade de vida de bancários: Um estudo exploratório com uma amostra de funcionários do Banco do Brasil**. Dissertação de Mestrado Não-publicada, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

- Silva, L.A. (2001). **Mudanças de comportamento alimentar em indivíduos obesos na terceira idade**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Siqueira, R.L., Botelho, M.I.V. & Coelho, F.M.G. (2002). A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência e Saúde coletiva**, 7(4), 899-906.
- Stuart-Hamilton, I. (2002) **A Psicologia do Envelhecimento**: uma introdução. Porto Alegre: Artmed.
- Straub, R. H., Cutolo, M., Zietz, B. e Schölmerich, J. (2001). The process of aging changes the interplay of the immune, endocrine and nervous systems. **Mech. Ageing Develop.**, 122, 1591-1611.
- Su, Y. e Ferraro, K. (1999). Social relations and health assessments among older people: do the effect of integration and social contributions vary cross-culturally? **J. Gerontol. Social Sci.** , 52B, 27-36.
- Theorell, T., Leymann, H., Jodko, M., Konarski, K., Norbeck, H. E. e Eneroth, P. (1992) "Person under train" incidents: Medical consequences for subway drivers. **Psychosomatic Medicine** , 54, 480-488. Watson, D. e Pennebaker, J. W. (1989) Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. **Psych. Rev.** , 96, 234-254.
- Teixeira, C. (2001). O futuro da prevenção, Salvador. **Instituto de Saúde Coletiva** Universidade Federal da Bahia.

- Teixeira, M.C.T.V. e cols. (2006) Construção de um teste de alfabetização científica sobre envelhecimento saudável. Uma análise de construto. **Boletim de Iniciação Científica em Psicologia**, 7(1): 82-111.
- Vecchia, R.D.; Ruiz, T.; Bocchi, S.C.M.; Corrente, J.E. (2005) Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 8(3), 246-52.
- Veras, R.P. (1994). **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. (2º ed.). Rio de Janeiro: Relume – Dumará, UERJ, 225.
- Veras, R.P. (2002). **A era dos idosos: os novos desafios. Oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil**. Ouro Preto, Minas Gerais.
- Veras, R.P. & C.P. Caldas (2004). Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade, Rio de Janeiro. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, 9(2), 423-432.
- Veras, R.P. & Camargo, Jr. K.R. (1995). A terceira idade como questão emergente: aspectos demográficos e sociais. In R.P. Veras (Org.). **Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 23-36.
- Vieira E. B (1996). Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais cuidadores e familiares. **Revinter**. Rio de Janeiro (RJ).
- Vieira, D.F. (1999). A velhice dos tempos atuais, São Paulo. **Revista de Psicologia Catharsis**, (25), 17-18.

- Yamamoto, A. & Diogo, M.J.D. (2002). Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas, Campinas. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, 10(5), 660-666.
- Weineck, J. (1991). **Biologia do esporte**. São Paulo: Manole.
- Wentowski, G. (1981). Reciprocity and the coping strategies of older people: cultural dimensions of networking building. **Gerontologist** , 21, 600-609.
- Worthington, Jr. E.L., Kurusu, T.A. & McCullough, M.E. (1996). Empirical research on psychotherapeutic processes outcomes: A-10-year review and research prospectus. **Psychological Bulletin**, 119, 448-487.

Anexos

Anexo A -1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PARTICIPANTE

I- Dados de identificação do participante da pesquisa

Iniciais:

Telefone:

Endereço:

Cidade:

Cep:

II- Dados sobre a pesquisa científica/ pesquisador

Título do projeto: Stress e Qualidade de Vida em grupos de idosos: análise e comparação.

Pesquisador: Vivian Cristina Pacola Alves

Documento de Identidade: 32180349-8

Registro no Conselho Regional de Psicologia: 06/82743

Endereço: Rua Bolívia, 110

Bairro: Nova Europa

Cidade: Campinas

Telefone: 11-9804-4443

III- Termo

Este trabalho é uma pesquisa de Mestrado, que está sendo realizado por mim, psicóloga Vivian Cristina Pacola Alves, e orientado pela Professora Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp, da Pós Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Puc-Campinas. O objetivo é verificar e comparar a incidência de Stress e a Qualidade de Vida em grupos diversificados de idosos. Para isso será realizada uma entrevista com idosos estudantes da Faculdade da Terceira Idade, idosos residentes em um asilo e idosos que participam de uma atividade religiosa. Todos os participantes irão responder a um questionário de identificação e em seguida ao Inventário de Sintomas de Stress, ao Qualidade de Vida e um Levantamento de Fontes de Stress.

As informações obtidas serão mantidas em sigilo pela pesquisadora. Os dados coletados serão utilizados somente para fins científicos. Os resultados estarão disponíveis para os participantes que tiverem interesse. A participação nesta pesquisa é voluntária e, se o participante desejar, ela pode ser interrompida em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os participantes.

Em caso de dúvida o comitê de ética poderá ser contatado pelo telefone: (19) 3729-6808.

Vivian Cristina Pacola Alves
CRP 06/82743
(11) 9804-4443

Declaro para os devidos fins que fui informado sobre detalhes do estudo, sei que posso interromper a qualquer momento que queira, sem nenhum problema, e que meu nome será mantido sigiloso.

São Paulo, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Esse termo de consentimento está sendo assinado em duas vias. Sendo que uma permanecerá com o participante.

Anexo A – 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A INSTITUIÇÃO

I- Dados de identificação da instituição participante da pesquisa

Nome: _____ Telefone: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Cep: _____
CNPJ: _____

II- Dados sobre a pesquisa científica/ pesquisador

Título do projeto: Stress e Qualidade de Vida em grupos de idosos: análise e comparação.

Pesquisador: Vivian Cristina Pacola Alves

Documento de Identidade: 32180349-8

Registro no Conselho Regional de Psicologia: 06/82743

Endereço: Rua Bolívia, 110

Bairro: Nova Europa

Cidade: Campinas

Telefone: 11-9804-4443

III- Termo

Este trabalho é uma pesquisa de Mestrado, que está sendo realizado por mim, psicóloga Vivian Cristina Pacola Alves, e orientado pela Professora Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp, da Pós Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Puc-Campinas. O objetivo é verificar e comparar a incidência de Stress e a Qualidade de Vida em grupos diversificados de idosos. Para isso será realizada uma entrevista com idosos estudantes da Faculdade da Terceira Idade, idosos residentes em um asilo e idosos que participam de uma atividade religiosa. Todos os participantes irão responder a um questionário de identificação e em seguida ao Inventário de Sintomas de Stress, ao Qualidade de Vida e um Levantamento de Fontes de Stress.

As informações obtidas serão mantidas em sigilo pela pesquisadora. Os dados coletados serão utilizados somente para fins científicos. Os resultados estarão disponíveis para os participantes que tiverem interesse. A participação nesta pesquisa é voluntária e, se o participante desejar, ela pode ser interrompida em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os participantes.

Em caso de dúvida o comitê de ética poderá ser contatado pelo telefone: (19) 3729-6808.

Vivian Cristina Pacola Alves
CRP 06/82743
(11) 9804-4443

Declaro para os devidos fins que fui informado sobre detalhes do estudo, compreendi sua natureza e, concordo livremente em disponibilizar o local para participar.

São Paulo, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do Responsável pela Instituição

Assinatura da Pesquisadora

Anexo B

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Iniciais: _____ N° _____

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____

Grau de instrução: _____ Estado Civil: _____

Possui Filhos: () Não () Sim Quantos? _____

Com quem mora: _____

Exerce uma Profissão? () Não () Sim Qual? _____

É a mesma de antes? () Não () Sim Faixa Salarial: _____

Crença Religiosa: _____

Pratica com freqüência a atividade religiosa? () Não () Sim

Possui alguma atividade remunerada extra ? () Não () Sim

Qual o tempo de moradia no asilo? _____

Anexo C

Levantamento de Fontes de Stress

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1- Preocupação em adoecer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2- Precisar morar com familiares | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3- Ajustar o orçamento familiar à sua renda | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4- A maneira do cônjuge se comportar com outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5- Falta de dinheiro que lhe possibilite boa assistência médica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6- Pensar sobre sua aposentadoria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7- Preocupar-se com o bem estar de seus familiares | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8- Preocupar-se com problemas de outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9- Não estar exercendo uma atividade profissional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10- Não ter dinheiro suficiente para lazer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11- Estar exercendo uma atividade profissional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12- Não ter casa própria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13- Desconfiar de outra pessoa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 14- Pessoas queridas estarem doentes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15- Relacionamento sexual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16- Ausência de visitas regulares dos familiares | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17- O comportamento de seus familiares para com você | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18- Providenciar aspectos relacionados à manutenção da casa tais como, limpeza, comida, vestuário | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19- Sentir-se preocupado, ansioso, deprimido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20- Administrar o orçamento doméstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21- Pensar no passado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22- Assuntos relacionados à morte, viuvez, perda de pessoas queridas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23- Notar em si próprias perdas como audição, visão, etc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24- A maneira do cônjuge se comportar com você | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25- Dependere de outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26- Atividades de rotina como ir a bancos, supermercados, feiras | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27- Dificuldade para locomover-se com | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| rapidez e agilidade em situações como subir num ônibus | | | | | |
| 28- Outras pessoas, além do cônjuge precisarem morar com você | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29- Pensar na velhice | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30- Não se sentir aceito por outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31- Preocupação com beleza externa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32- Não ter mais a aparência jovial | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31- Outros | Quais? | | | | |

Anexo D

Inventário de Qualidade de Vida – IQV

Por favor, assinale com [X] os itens abaixo, se **acontecem** normalmente na sua realidade:

QUADRANTE SOCIAL

- 1 Tenho amigos com os quais socializo em casa..... []
- 2 A maior parte de meus amigos dependem de mim para algo importante(que não só amizade) []
- 3 Gosto de conversar sobre assuntos não relacionados ao meu trabalho..... []
- 4 Há horas em que visitar e receber meus amigos é perda de tempo..... []
- 5 Converso com vizinho..... []
- 6 Sinto-me desconfortável em festas []
- 7 Colaboro com alguma instituição de caridade []
- 8 Às vezes me esquivo de atender telefonema de amigos []
- 9 Prefiro conversar sobre negócios, mesmo em uma festa []
- 10 Gosto de passear sem pressa ou horários.. []

QUADRANTE PROFISSIONAL

- 21.Sou competente em meu trabalho []
- 22.Tenho metas quanto ao que quero fazer []
- 23.Meu trabalho é reconhecido por outros..... []
- 24.Não tenho medo do futuro no que se refere ao trabalho []
- 25.Ganho satisfatoriamente..... []
- 26.Se pudesse pararia de trabalhar []
- 27.Sinto que contribuo para o sucesso da empresa []
- 28.Escolhi a profissão errada para mim..... []
- 29.Meu trabalho me oferece segurança..... []
- 30.Se fosse possível mudaria de emprego..... []

QUADRANTE AFETIVO

- 11 Tenho um relacionamento afetivo estável [esposo (a) / namorado (a)] []
- 12 Sou admirado por minhas qualidades além de minha atuação profissional..... []
- 13 Sou comunicativo (a) e alegre com meus filhos. []
- 14 Minha família está razoavelmente satisfeita com o número de horas que dedico a ela, por semana.. []
- 15 Recebo afeto..... []
- 16 Dou afeto..... []
- 17 Admiro-me e gosto de mim mesmo []
- 18 Gosto de observar a natureza e o faço sempre []
- 19 Às vezes fico lembrando pequenos episódios bons de minha vida..... []
- 20 Comemoro com prazer as datas importantes para mim []

QUADRANTE DE SAÚDE

- 31 É raro ter dor de cabeça []
- 32 Minha pressão arterial está normal []
- 33 Tenho problemas dermatológicos []
- 34 Tenho azia freqüentemente []
- 35 Faço check-up regularmente []
- 36 Vou ao dentista todo ano []
- 37 Faço exercício físico pelo menos três vezes por semana []
- 38 Minha alimentação é saudável []
- 39 Utilizo técnicas de relaxamento quando estou tenso (a) []
- 40 Consigo me desligar dos problemas para descansar..... []
- 41 Tomo calmantes regularmente []
- 42 Tenho estabilidade emocional []
- 43 Sofro de ansiedade ou angústia []
- 44 Meu peso está dentro da média []
- 45 Durmo bem..... []