

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO, DO ESTRESSE E DA QUALIDADE
DE VIDA EM ALUNOS NO INÍCIO E FINAL DO CURSO DA
UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE, UCG**

MARTA CARVALHO LOURES

**BRASÍLIA – DF
2001**

MARTA CARVALHO LOURES

**AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO, DO ESTRESSE E DA QUALIDADE
DE VIDA EM ALUNOS NO INÍCIO E FINAL DO CURSO DA
UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE, UCG**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Ciências da Saúde da Universidade de
Brasília, para obtenção do grau de Mestre
em Ciências da Saúde.

Orientadora:
Prof^a. Dra. Lucy Gomes Vianna.

**BRASÍLIA, DF
JULHO 2001**

TERMO DE APROVAÇÃO

MARTA CARVALHO LOURES

AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO, DO ESTRESSE E DA QUALIDADE
DE VIDA EM ALUNOS NO INÍCIO E FINAL DO CURSO DA
UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE, UCG.

Dissertação com os requisitos necessários à obtenção do grau de
Mestrado em Ciências da Saúde submetida à seguinte Banca
Examinadora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de
Brasília – Distrito Federal:

.....
Dr^a. Lucy Gomes Vianna – UnB

.....
Dr^a. Vilma Duarte Câmara – UFF

.....
Dr^a. Maria Laís Mousinho Guidi - UnB

.....
Dr^a. Liana Lauria Pires - UnB

BRASÍLIA, DF 12 DE JULHO DE 2001

LOURES, Marta Carvalho,

Avaliação da depressão, do estresse e da qualidade de vida em alunos no início e final do curso da Universidade Aberta da Terceira Idade, UCG. / Marta Carvalho Loures. – Brasília-DF: M. C. Loures, 2001.

xvii, 180 p., 30 cm.

Dissertação (Mestrado) apresentada no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde de Brasília-DF.

1.Depressão 2.Estresse 3.Qualidade de vida 4.Idoso
5.Universidade Aberta da Terceira Idade, UCG I. Título:

Dedico este Trabalho

Ao meu marido Hildebrando que me apoiou em todas as minhas decisões.

Aos meus filhos Flávia, Thaís, José Mendonça e Filipe Augusto (neto), que souberam compreender a minha ausência, apoiaram e respeitaram o meu trabalho.

A meus pais José Geraldo e Licianor, pelo incentivo e exemplo de força e coragem.

Aos meus irmãos José Liciomar, Maura, Norma, Neuza, sobrinhos e cunhados,

Aos meus tios *paternos* e *maternos* como exemplos de família.

Aos meus avós João Epaminondas e Glorcinda, Benedito e Arlinda "*in memoriam*", por tudo o que me ensinaram.

“Aos idosos que compartilharam comigo este estudo”

“Cheguei aqui, era um grão de areia, hoje me considero cidadã consciente de meus direitos e deveres, porque obtive muitas respostas positivas para muitas das minhas indagações.”

“Aprendi a ver todos os problemas com mais naturalidade, buscando suas soluções no tempo e na hora certa.”

“Aprendi que para viver com qualidade de vida, é preciso ter mente sadia e exercitá-la sempre”.

“Este curso contribui para a melhoria da minha vida. Sair de casa é como adolescente indo para a escola, o ônibus, as colegas, as trocas de opinião, o recreio, as fotos de nossas atividades, tudo isso me fez sentir uma adolescente.”

“Nada a criticar, nunca tive tanta alegria desde que entrei na Unati; minha vida se transformou para melhor, aprendi a dizer não, aprendi a dizer sim...”

“A Unati me trouxe uma transformação muito grande, tendo sido fundamental a solidariedade, a amizade, o convívio e o respeito pela pessoa que está ao meu lado.”

“O curso para mim foi uma lição de vida, como um bálsamo num machucado: Amei.”

“São momentos que deixamos florescer a criança que temos dentro de nós.”

“Sinto-me mais liberta e independente para assumir determinados comportamentos e tomar decisões.”

“Entre chorando e saí sorrindo”.

“Estava esperando a morte, de repente descobri a vida.”

“Descobri uma maneira nova e melhor de envelhecer.”

“Tenho tempo para mim mesma. O meu tempo sempre foi dos outros”.

“Descobri que posso criar coisas, escrever, produzir.”

“Posso dizer que aqui eu renasci.”

“Aqui eu me sinto cidadã.”

*Depoimentos de alunos e ex-alunos (Unati/UCC)
Julho, 2001.*

“Obrigada pela sua disponibilidade!”

“Agradecimento Especial”

À amiga, Prof^a. Dr^a. Lucy Gomes Vianna, pelo espírito científico e seriedade, pela atenção, estímulo, disponibilidade e carinho com que conduziu a orientação deste trabalho.

“Agradecimentos”

As pessoas chegam em nossa vida por acaso, mas não é por acaso que elas permanecem.

(Anônimo)

Muitos chegam, alguns ficam e nos acompanham por anos a fio, com laços sólidos permanecem, outros passam... mas principalmente ficam pessoas tão importantes que algumas delas marcam de forma indelével toda uma vida.

Mantêm vínculo forte e oferecem gratuitamente amizade, segurança e sustento e transmitem vida... vida que alimenta outras vidas:

A Deus, ao Divino Pai Eterno e a Nossa Senhora, presença constante em minha vida, que sempre iluminaram meu caminho e permitiram que aqui eu pudesse chegar.

Às Prof^{as}. Dr^{as}. Vilma Duarte Câmara, Maria Laís Mousinho Guidi e Liana Lauria Pires, por terem aceitado fazer parte da banca examinadora deste trabalho.

Aos Profs. Eduardo Freire, Sandro e Andréia, pelas orientações dadas na Área de Estatística.

Às Prof^{as}. Dr^{as}. Terezinha Pádua, Celma Guimarães, Telma Guimarães, Denise Boutellet e ao Prof. Dr. Marcos, que me incentivaram na busca das atividades acadêmicas para cursar o mestrado.

À Ex-Diretora do Departamento de Enfermagem da UCG, Prof^a. Marlene Salum, pela liberação das atividades acadêmicas para cursar o mestrado, mesmo sendo aluna especial de 1998/2.

À Prof^a. e Coordenadora Ângela, da Universidade Aberta à Terceira Idade da UCG, que comigo compartilhou o trajeto e a construção deste trabalho com carinho e apoio.

Aos médicos Drs. Clayton de Souza, Francisco Filgueiras e Tomé de Souza, que tratam de minha saúde com muito carinho e amizade.

Às amigas Aldevina, Raquel, Salete, Sônia, Lícia, Cida e colegas de trabalho, pela torcida e por sua amizade em todos os momentos de dificuldades.

Às amigas da época da graduação em enfermagem, Iraci Vaz, Celeste, Lucia Helena de Carvalho Dr^{as}. Maria Alves e Milca Severino, pela grande amizade e apoio de serem enfermeiras e por me encorajarem a fazer o mestrado.

Aos amigos companheiros de viagens Dr. João Nassarala, Isaías, Lindomar, Simone Almeida, “companheiros de viagem para Brasília”, pelo apoio.

À colega de trabalho Maria Lúcia Cunha, que soube enfrentar todos os efeitos adversos de minha saída para o Mestrado e, em seu nome, a **todos os colegas do departamento de enfermagem** pelo carinho e apoio e porque acreditaram no meu trabalho e capacidade.

Aos colegas Carlos, Laziene e Miceline, pelo apoio e colaboração para que esse sonho se tornasse realidade com sua disponibilidade durante a digitação deste trabalho.

À fotógrafa Lindomar, por ter cedido as fotografias dos alunos idosos da Unati/UCG apresentadas no meu trabalho.

Aos alunos do curso-programa da Unati/UCG, colegas, estagiários e bolsistas, pela acolhida na elaboração desse trabalho.

Às colegas Márcia Helena e Aminadabe, por me ajudarem todas as vezes que as procurei, obrigada.

A estes e a outros não citados no momento, minha sincera gratidão e a certeza de sua presença, não só neste trabalho, mas na minha vida e nos frutos que ele possa produzir.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	xiii
LISTA DE FIGURAS	xvi
LISTA DE GRÁFICOS	xvii
LISTA DE QUADROS	xix
LISTA DE TABELAS	xx
RESUMO	xxi
ABSTRACT	xxii
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	23
CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS	26
CAPÍTULO 3 – ENVELHECIMENTO	28
3.1 – Definição de Envelhecimento	28
3.2 – População Idosa no Mundo e no Brasil	31
3.3 – Teorias do Envelhecimento	35
CAPÍTULO 4 – ALTERAÇÕES PSICOSSOCIAIS RELACIONADAS AO ENVELHECIMENTO	38
4.1 – Depressão no Idoso	40
4.1.1 – Conceito	40

4.1.2 – Causas	40
4.1.3 – Sintomas	42
4.1.4 – Estudos Epidemiológicos	44
4.2 – Estresse no Idoso	47
4.2.1 – Conceito	47
4.2.2 – Causas	53
4.2.3 – Estudos Epidemiológicos	63
4.3 – Qualidade de Vida do Idoso	69
4.3.1 – Conceito	69
4.3.2 – Causas	72
CAPÍTULO 5 – UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE	78
5.1 – A Universidade da Terceira Idade no Contexto Mundial	80
5.2 – Universidade Aberta da Terceira Idade no Brasil	87
5.3 – Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade Católica de Goiás (UNATI – UCG)	99
5.3.1 – Histórico	99
5.3.2 – Currículo	102
CAPÍTULO 6 – MATERIAL E MÉTODO	105
6.1 – Área de Estudo e População	105
6.1.1 – Características Geográficas e Demográficas da Cidade do Local do Estudo	106
6.1.2 – Área do estudo	106
6.1.3 – População–Alvo	107
6.2 – Instrumentos de Coleta de Dados	108
6.3 – Classificação Teórica para avaliação	110
6.4 – Análise Estatística	110
CAPÍTULO 7 – RESULTADOS	113
7.1 – Análise Descritiva da Amostra	113
7.2 – Análise da Deficiência Cognitiva dos Alunos no Início e Término do Curso/Programa da UNATI/UCG	141
7.3 – Análise de Depressão dos Alunos no Início e no Término do Curso	

da UNATI/UCG	142
7.4 – Análise do Estresse dos Alunos no Início e no Término do Curso da UNATI/UCG	144
7.5 – Análise da Qualidade de Vida Afetiva dos Alunos no Início e no Término do Curso da UNATI/UCG	145
CAPÍTULO 8 – DISCUSSÃO	146
8.1 – Instrumentos de Aferição	146
8.2 – Características Sociodemográficas da Amostra	148
8.3 – Deficiência Cognitiva	153
8.4 – Depressão	155
8.5 – Estresse	157
8.6 – Qualidade de vida	158
CAPÍTULO 9 – CONCLUSÕES	160
CAPÍTULO 10 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	162
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	165
ANEXOS	181
Anexo 1 – Consentimento Livre e Esclarecido	
Anexo 2 – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa UnB/Faculdade de Ciências da Saúde	
Anexo 3 – Questionário Sobre a Satisfação do Aluno	
Anexo 4 – Questionário do Mini-exame do Estado Mental	
Anexo 5 – Escala de Depressão Geriátrica (GDS)	
Anexo 6 – Questionário de Qualidade de Vida Afetiva	
Anexo 7 – Escala de Avaliação do Estresse	

LISTA DE ABREVIATURAS

ACTH	.....	Hormônio Adrenocorticotrópico.
AIUTA	.....	Association Internationale des Universités du Troisième Age.
ASEG	.....	Associação dos Servidores do Estado de Goiás.
AUFATI	.....	Associação das Universidades e Faculdades Abertas para a Terceira Idade.
CID	.....	Classificação Internacional das Doenças.
CID-10	.....	Código Internacional das Doenças, 10ª edição.
CREATI	.....	Centro Regional de Estudos e Atividades para Terceira Idade.
CRF	.....	Fator Liberador da Corticotropina.
DF	.....	Distrito Federal
DSM	.....	Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais.
DSM-III	.....	Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais, 3ª edição.
DSM-III-R	.....	Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais, 3ª edição revista.
DST	.....	Doença Sexualmente Transmissível.
ECA	.....	Epidemiological Catchment Area Study.
EDG	.....	Escala de Depressão Geriátrica.
FUMDEC	.....	Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário.
GO	.....	Goiás
GDS	.....	“Geriatric Depression Scale” (Escala de depressão em geriatria).
GDS-1	.....	“Geriatric Depression Scale” (Escala de depressão em geriatria), 1ª edição.
GDS-10	.....	“Geriatric Depression Scale” (Escala de depressão em geriatria), 10ª edição.
GDS-15	.....	“Geriatric Depression Scale” (Escala de depressão em geriatria), 15ª edição.
GDS-4	.....	“Geriatric Depression Scale” (Escala de depressão em geriatria), 4ª edição.
HUPE	.....	Hospital Universitário Pedro Ernesto.

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILLINOIS	Universidade de Illinois, Chicago.
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPLAN	Instituto de Planejamento Municipal de Goiânia.
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.
LILACS.....	Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud.
MEDLINE	US National Library of Medicine – NLM
MS	Ministério da saúde
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental.
NAI	Núcleo de Ação Disciplina e Atendimento aos Idosos.
NETI	Núcleo de Estudos de Terceira Idade.
OMS	Organização Mundial de Saúde.
ONU	Organização das Nações Unidas.
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PIB	Produto Interno Bruto
PUC	Universidade da Terceira Idade da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
PUCCAMP	Universidade para Terceira Idade da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
QI	Coeficiente de Inteligência.
SAG	Síndrome de Adaptação Geral
SAL	Síndrome de Adaptação Local
SAS	Secretaria de Assistência Social.
SEPLAN	Secretaria do Planejamento e Desenvolvimento.
SESC	Serviço Social do Comércio.
SPSS	Statistical Package for the Social Sciencis
UATI	Universidade Aberta para Terceira Idade.
UCB	Universidade Católica de Brasília.
UCG	Universidade Católica de Goiás.

UECE	Universidade Estadual do Ceará.
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina.
UMI	Universidade da Melhor Idade.
UNA	Universidade Aberta da Terceira Idade de Araçatuba.
UNATI	Universidade Aberta à Terceira Idade.
UNATI	Universidade Aberta da Terceira Idade.
UnB	Universidade de Brasília.
UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.
UNI	Universidade Aberta do Uruguai.
UNI-3	Universidade Aberta do Uruguai.
UNIMEP	Universidade da Terceira Idade oferecido pela Universidade Metodista de Piracicaba-SP.
UNISO	Universidade de Sorocaba-SP.
UNITI	Universidade para a Terceira Idade. .....Universidade Católica Dom Bosco de Campo Grande.
USC	Universidade do Sagrado Coração.
USP	Universidade de São Paulo.
VAE	Vice-Reitoria para Assuntos Comunitários e Estudantis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Respostas de Estresse e Distresse	50
Figura 2 – Fases da Síndrome de Adaptação Geral	51
Figura 3 – Avaliação Cognitiva do Estresse	55
Figura 4 – Estratégias de enfrentamento	56
Figura 5 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG por faixa etária	121
Figura 6 – Grau de escolaridade dos 85 alunos da UNATI/UCG	121
Figura 7 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo a convivência .	122
Figura 8 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo a existência ou não de filhos	122
Figura 9 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, quanto ao trabalho remunerado	123
Figura 10 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo o rendimento salarial	123
Figura 11 – Resposta dos 85 alunos da UNATI/UCG, quanto a ganho e cobertura de despesas	124
Figura 12 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, com relação à companhia	124
Figura 13 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo a deficiência cognitiva, antes e depois de freqüentarem o curso/programa	141

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – População idosa no mundo (1960-2020)	30
Gráfico 2 – Porcentagem da população idosa em relação à população total no estado de Goiás e de sua capital (Goiânia) – 1960-2000	32
Gráfico 3 – Pessoas sustentadas com sua renda (aposentadoria, salário...) dos 85 alunos da UNATI/UCG	125
Gráfico 4 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG referente ao tipo de moradia	125
Gráfico 5 – Referente à pressão arterial	126
Gráfico 6 – Parâmetros de Índice de Massa Corpórea (IMC) dos 85 alunos da UNATI/UCG	126
Gráfico 7 – Referente à saúde no momento	128
Gráfico 8 – Como está a visão?	129
Gráfico 9 – Referente ao sono no último mês	131
Gráfico 10 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, quanto à atividade física praticada no início e término do curso/programa	132
Gráfico 11 – Quantas vezes por semana que os 85 alunos da UNATI/UCG fazem exercício físico, no início e no término do curso	133
Gráfico 12 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo o uso de medicamentos antes e depois de freqüentarem o curso	134
Gráfico 13 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG referente à comemoração de datas importantes	135
Gráfico 14 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, quanto ao seu nível de satisfação com a vida, no início e término do curso/programa	136
Gráfico 15 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG referente à satisfação na relação afetiva familiar	137
Gráfico 16 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG referente ao costume de divertir-se	137
Gráfico 17 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo o grau de memória, no início e término do curso/programa	138

Gráfico 18 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, referente ao uso de medicamentos para doença nervosa, antes e depois de freqüentarem o curso	139
Gráfico 19 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, quanto à apresentação cefaléia no ultimo mês	139
Gráfico 20 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo a realização de tratamento psiquiátrico ou presença de doença nervosa, antes e após o curso/programa	140
Gráfico 21 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo a deficiência cognitiva, antes e depois de freqüentarem o curso/programa	141
Gráfico 22 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo a presença de depressão, antes e depois de freqüentarem o curso/programa .	143
Gráfico 23 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo a presença de estresse, antes e depois de freqüentarem o curso/programa	144
Gráfico 24 – Distribuição de alunos com sucesso e insucesso, no início e término do curso/programa da UNATI/UCG	145

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Teorias Gerais do Envelhecimento Biológico	35
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição da amostra estudada quanto às características sociodemográficas dos alunos da UNATI/UCG	114
Tabela 2 – Descrição da amostra estudada quanto aos recursos econômicos dos 85 alunos da UNATI/UCG	115
Tabela 3 – Descrição de características relacionadas à saúde física dos 85 alunos da UNATI/UCG	116
Tabela 4 – Descrição de características relacionadas à saúde mental dos 85 alunos da UNATI/UCG	120
Tabela 5 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo a deficiência cognitiva, antes e depois de freqüentarem o curso/programa	139
Tabela 6 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo a presença de depressão, antes e depois de freqüentarem o curso/programa	141
Tabela 7 – Distribuição de alunos com e sem estresse, no início e término do curso/programa da UNATI/UCG	142
Tabela 8 – Distribuição de alunos com sucesso e insucesso, no início e término do curso/programa da UNATI/UCG	143

RESUMO

O Curso/Programa da Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Católica de Goiás (Unati/UCG) vem tentando, com seus alunos, ampliar seus conhecimentos possibilitando novas amizades e o rompimento de sua solidão. Com esse objetivo, busca o fortalecimento da identidade social do idoso, valorizando-o e tentando retomá-lo de um processo de exclusão social, devolvendo-lhe a alegria de viver, permitindo-lhe novas formas de expressar e fortalecendo a possibilidade de sua participação ativa no cenário familiar e na sociedade. O presente trabalho é um estudo descritivo e comparativo com os seguintes objetivos: avaliar as características dos alunos que freqüentam a UNATI/UCG; avaliar as prevalências da depressão e do estresse nos alunos, no início e término do Curso; avaliar a qualidade de vida desses alunos no início e término do Curso. Os instrumentos de aferição utilizados foram: Questionário para Avaliar a População de Alunos que Frequentam a UNATI/UCG, Miniexame do Estado Mental (Mini-Mental) Escala Geriátrica de Depressão (versão simplificada), Questionário de Qualidade de Vida Afetiva e Escala de Holmes-Rahe para Avaliação do Estresse e a amostra foi constituída de 85 alunos, com idade de 54,50 a 77,00 anos (média 61,12 anos), sendo 77 (90,59%) do sexo feminino e 8 (9,41%) do sexo masculino. Verificou-se que, no início e término do Curso, não houve diferença estatisticamente significativa quanto aos fatores demográficos, psicossociais e de saúde física e mental. Quanto à prevalência de depressão, surgiu diferença significativa entre os valores no início e término do Curso (38,82% e 52,94%, respectivamente) ($p = 0,01$). Quanto à prevalência do estresse, estes valores foram de 24,70% e 10,59% respectivamente antes e no término do Curso, houve diferença estatística significativa ($p = 0,031$) e, nível de qualidade de vida dos alunos, antes e depois do Curso, foi de 49,41% e 57,65%, sem diferença significativa ($p = 0,190$). Os dados obtidos mostram uma resposta positiva do Curso/Programa da UNATI/UCG, propiciando melhoria no estado mental, depressão, estresse e na qualidade de vida dos alunos, proporcionando a eles mais anos de vida e com mais qualidade.

ABSTRACT

Offered by the Catholic University of Goiás, the Course/Program of the University Open to the Third Age (UNATI/UCG) aims at broadening the students' knowledge in order to enable them to make new friends and put an end to loneliness. With this objective, the Course seeks to strengthen the social identity of the elderly, giving them their due value and trying to bring them out of a process of social exclusion by restoring in them the joy of life, by allowing the discovery of new ways for self expression and by strengthening the possibility of their active participation in the family scenario and in the society. This work is a descriptive and comparative study which has as its main objectives to appraise the profile of the students who attend the UNATI/UCG; to assess the students' depression and stress prevalence at the beginning and end of the course; to evaluate these students' life quality at the beginning and end of the course. The instruments used for measurement were a Questionnaire to Evaluate the Population of Students who Attend the UNATI/UCG, Mini-Exam of Mental Status (Mini-Mental), Geriatric Scale of Depression (simplified version), Questionnaire of Affective Life Quality and the Holmes-Rahe Scale of Stress Assessment. The sample was constituted of 85 students whose ages ranged from 54,50 to 77,00 (average: 61,12). 77 (90,59%) of these students were females and 8 (9,41%) were males. It was observed that upon the beginning and end of the course there was no statistically significant difference as to demographic, psychosocial and physical and mental health factors. With regards to depression prevalence, a significant difference emerged among values at the beginning and end of the course (38,82% and 52,94%, respectively) ($p=0,01$). Values for stress prevalence were 24,70% and 10,59% respectively, before and upon the end of the Course, without any significant statistic difference ($p=0,031$). The students' level of life quality before and after the course was 49,41% and 57,65%, thus bearing no significant difference ($p=0,190$). The collected data show a positive response of the Course/Program of the UNATI/UCG, which improved mental status, depression, stress and the students' life quality, favoring a longer, quality life span.

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

A psicologia do envelhecimento vem estudando as alterações comportamentais, que acompanham de forma gradual o declínio na funcionalidade dos vários domínios do comportamento psicológico, nos anos mais avançados da vida adulta (NERI, 1995).

A terceira idade ou nova idade, como também é denominada, representa etapa importante para reflexão pois, nesse período, comportamentos e atitudes refletem nitidamente aquilo que foi valorizado e assumido.

Estudos e pesquisas nesse campo comprovam que podem ocorrer várias “posturas”, que são denominadas os 9 “R’s”, como elenco de possibilidades (NOVAES, 1999):

1. *Resgate* dos valores e modos de viver que não puderam ser até então assumidos;
2. *Ruptura* com situações e rotinas de vida que tiveram que ser suportadas, por força das circunstâncias e falta de alternativas;
3. *Retomada* de planos, programas de vida e atividades que precisam ser completados e desdobrados;
4. *Ressurgimento* de dimensões pessoais como a mística, artística, laborativa que ficaram abafadas por um cotidiano difícil e exigente;
5. *Restauração* de desejos e necessidades que não puderam ser satisfeitos, pelo fato de “o homem ter a idade de seus desejos”;

6. *Retorno* de emoções e sentimentos, intensificando a sensibilidade e a afetividade, estabelecendo vínculos e relações interpessoais;
7. *Recaída* constante em estados de depressão e de vazio, ligados à sensação de inutilidade, insegurança e fracasso;
8. *Recordação* permanente de lembranças passadas, como a única maneira de manter-se vivo, sem tentar a ponte do significado entre o passado, presente e futuro;
9. *Reconstrução* da identidade pessoal e social com base em novos interesses e motivações, descobrindo criativamente outras facetas do viver e modalidades de prazer.

As trajetórias vitais representam o somatório de experiências e de vivências, norteadas por valores, metas e modos pessoais de interpretar o mundo. É evidente que a trama dos eventos e das circunstâncias desse percurso trabalha juntamente com as condições ambientais. Somos, ao mesmo tempo, fruto de influências hereditárias, sociais e culturais que pontuam nossas opções e filosofia de vida. Dessa maneira, sem negar o biológico, podemos enfocar a velhice como essencialmente um fenômeno social (NAHOUM, s/d).

O importante é que nesse período da vida sejam assumidas escolhas pessoais e não se fique culpando os demais pela solidão sentida e pelo abandono em que se vive. É essencial que se procurem novas modalidades de prazer como o programa assumido pela Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Católica de Goiás, que vem construindo um espaço na sociedade. As políticas do nosso país ainda não favorecem o florescimento de um conjunto de ações assumidas nacionalmente, visando a integração do idoso na sociedade, de modo que seu ritmo e capacidade possam participar, procurando desenvolver não apenas um pensamento analítico e abstrato e flexibilidade de raciocínio para entender, administrar e projetar situações novas, mas também, e sobretudo, domínio de linguagem, visão de globalidade, atitude pluralista, visão prospectiva, capacidade de iniciativa, habilidade para o exercício de valores do passado e do presente, respeitando as minorias.

A extensão universitária constitui um instrumento capaz de desencadear processos pedagógicos que possibilitam a articulação de teoria e prática, que estimulam a postura interdisciplinar, a apreensão crítica da realidade social, a elaboração de novas metodologias no processo de construção do conhecimento, o aprendizado da gestão coletiva sobre a prática social, estímulo à pesquisa no sentido de dar suporte científico necessário para a produção do conhecimento, a apreensão crítica do real. A elaboração e reelaboração do conhecimento entre universidade e sociedade possibilitam a avaliação da própria universidade, de sua ação e dos saberes com que trabalha, confrontando-os com as necessidades reais evidenciadas pela prática social e profissional. Atualmente nós temos 12 (doze) programas em que o Curso/Programa da Universidade Aberta à Terceira Idade está inserido com a finalidade de ser alternativa para pessoas de meia idade e terceira idade, que a sociedade marginaliza e exclui, numa fase da vida em que a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível, foco central da política, significam a valorização da autonomia, qualidade de vida e da autodeterminação e preservação da independência física e mental do idoso. Tanto as doenças físicas quanto as mentais podem levar à dependência e, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional.

CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS

O Brasil está envelhecendo. A partir da década de 70, a população brasileira vem perdendo as suas características de população jovem. Os dados demográficos demonstram que o envelhecimento da população brasileira cresce, devendo este fato ser repensado e considerado primordial na política, na sociedade e na educação.

O processo de envelhecimento populacional no Brasil está ocorrendo de maneira distinta do verificado nos países desenvolvidos, onde ele foi gradual, o que permitiu um planejamento para diminuir o seu impacto socioeconômico. Outro diferencial é que, enquanto nos países desenvolvidos o aumento da expectativa de vida esteve ligado principalmente a uma melhoria das condições de vida da população, no Brasil e em outros países do Terceiro Mundo, isto se deveu, em grande parte, aos avanços da tecnologia médica nos últimos 50 anos que propiciou meios de prevenir ou curar muitas doenças, antes fatais. Tornou-se possível um aumento de expectativa de vida num cenário de pobreza. Estas diferenças acarretam problemas em termos de atendimento à saúde física e mental do idoso.

A Unati/UCG entende ser fundamental ampliar o seu espaço de atuação para reunir as pessoas e criar condições indispensáveis à atuação coletiva.

“É preciso construir símbolos, discursos com o sentimento e a força da meditação, da presença, da revelação que são a história do que é vivido, revivido nessa eterna necessidade de ir, vir, sair, voltar, colorir e renovar. (CRAVEIRO, 1997)”.

Tanto a dependência física quanto a mental constituem fatores de risco significativos para a mortalidade nesta população, mais relevantes até do que as

próprias doenças que levaram à dependência, visto que nem todo doente torna-se dependente, conforme revelam estudos populacionais de segmentos de idosos residentes em diferentes comunidades (RAMOS et al., 1993). No entanto, nem todo idoso dependente perde sua autonomia e, neste sentido, a dependência mental deve ser objeto de atenção especial, na medida em que leva, com muito maior freqüência, à perda de autonomia. Doenças como depressão e demência já estão, em todo mundo, entre as principais causas de anos vividos com incapacidade, exatamente por conduzirem à perda da independência e, quase necessariamente, à perda da autonomia. O curso da Unati/UCG tem tentado ampliar o conhecimento, fazer novas amizades e romper com a solidão, na busca do fortalecimento da identidade social do idoso, valorizando, tentando retomá-lo de um processo de exclusão social, devolvendo-lhe a alegria de viver, permitindo-lhe novas formas de expressar e fortalecer a possibilidade de participar ativamente do cenário familiar e social.

Por considerar extremamente relevante a assistência prestada à população idosa, desenvolveu-se o presente estudo, com os seguintes objetivos:

1. Avaliar as características sociodemográficas dos alunos que freqüentam a Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade de Goiás (UCG).
2. Avaliar as características relacionadas à saúde física e mental dos alunos que freqüentam a Universidade Aberta da Terceira Idade/UCG e se há alteração desta no término do curso.
3. Avaliar a prevalência de depressão nos alunos no início do Curso da Universidade Aberta da Terceira Idade, UCG, e se há alteração dela no término do Curso.
4. Avaliar a prevalência do estresse nos alunos no início do Curso da Universidade Aberta da Terceira Idade, UCG, e se há alteração dele no término do Curso.
5. Avaliar a prevalência de qualidade de vida afetiva dos alunos no início do Curso da Universidade Aberta da Terceira Idade, UCG, e se há alterações dela no término do Curso.

CAPÍTULO 3 – ENVELHECIMENTO

3.1 – Definição de Envelhecimento

Hipócrates, médico e filósofo da Grécia antiga, foi o primeiro a designar a senectude como o "inverno da vida". Para Galeno, um dos pioneiros da medicina, a velhice era uma fase da vida da qual não podiam escapar os que não morriam na juventude e, portanto, devia ser entendida como "vontade da natureza". Já as doenças, ele as descreveu como contrárias à natureza, representando um distúrbio na trajetória natural da vida.

No Ocidente, desde a Idade Média, a idade avançada é entendida como intermediária entre a doença e a saúde. No século XVIII, com o advento do processo de industrialização na Inglaterra, o organismo do idoso passa a ser associado a uma máquina que se desgasta.

A partir do século XIX, a geriatria – ainda não assim designada – começa a existir, surgindo uma preocupação terapêutica em relação à velhice, considerada, então, como patologia. Velho e doente tornam-se sinônimos, embora fossem poucos os que chegassem, naqueles tempos, à senescência. O início do século XX assinala o aparecimento da geriatria como ciência, na época fundamentada na teoria do desgaste dos órgãos.

Existe um entendimento intuitivo do que seja o envelhecimento humano, mas há certa dificuldade para conceituá-lo precisamente. O termo envelhecimento refere-se a diversos aspectos da passagem do tempo, em diferentes níveis de abordagem. Quando utilizamos a terminologia envelhecimento humano, de maneira geral, referimo-nos a um evento multideterminado e, portanto, de difícil conceituação.

HAYFLICK (1996) relata que não existe um processo único, pois não há um padrão geral de envelhecimento que possa ser aplicado a todas as esferas da vida, ou mesmo, mais restritamente aos órgãos de nosso corpo. O envelhecimento resulta de fatores genéticos, ambientais e estilo de vida, muitas vezes, as deficiências e limitações associadas à velhice podem ser causadas pelos efeitos de doenças ou de estilos de vida, mais do que pelos processos de envelhecimento.

Segundo STEVENSON, GONÇALVES e ALVAREZ (1997), a velhice associa-se a enfermidades e dependência, demonstrando que ligado ao processo de envelhecimento natural está uma multiplicidade de fatores passíveis de prevenção como condições de saneamento, de nutrição, de habitação, de trabalho e de educação. Para estes autores, a compreensão do processo de envelhecimento só é possível se atentarmos para todos os aspectos que se relacionam a ele.

Na Assembléia Mundial das Nações Unidas realizadas em 1982, adotou-se o critério, entre outras recomendações, de que para os países da América Latina e Caribe sessenta anos de idade seja o limite inferior do período considerado como o do envelhecimento cronológico (ONU, 1993). Entretanto, FREITAS (1992) comentou que o Brasil é um País de terceiro mundo, onde perdura uma cultura anacrônica e deturpada pelos períodos de autoritarismo, que sempre impediram que fosse resgatada a cidadania dos idosos. Afirmou que, em um País que contradiz todos os conceitos sobre velhice, esta não pode ser estabelecida como sendo após os sessenta anos, por causa da velhice precocemente suposta e que surge pelas características do sistema em que vivemos.

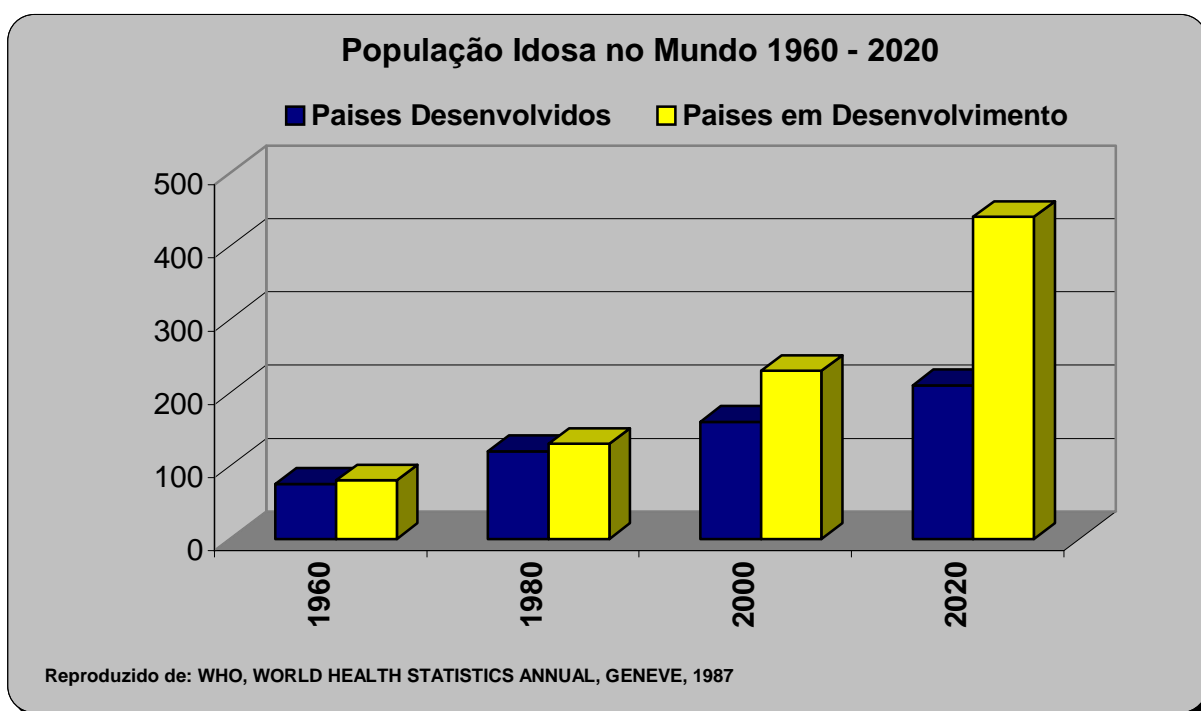
Para VERAS (1994), sob o ponto de vista cronológico, velhice torna-se um termo impreciso, pois os limites desta flutuam de acordo com a complexidade fisiológica, psicológica e social. Portanto, o envelhecimento é processo natural e individual, no qual as alterações estruturais e funcionais são decorrentes de fatores tanto intrínsecos como extrínsecos, que têm que ser analisados em sua totalidade. É necessário levar em conta que a velhice pode ser vivida e percebida de formas diferentes, de acordo com o contexto sociocultural em que se desenvolve. Este autor refere existirem no Brasil padrões sociais diversos dentro de suas diferentes regiões, pois, junto a um Brasil altamente industrializado e rico, vive um outro muito pobre, o que repercute nas políticas de saúde, pois tanto idosos como jovens encontram-se a competir pelos escassos recursos do governo. Afirmar ainda que a susceptibilidade

para problemas de saúde nas pessoas idosas é distinta, se compararmos a população idosa que sobrevive em favelas com a que vive em cidades confortavelmente e usufruindo de serviços adequados.

3.2 – População Idosa no Mundo e no Brasil

A tomada do ponto de corte como sessenta anos de idade para o início da velhice pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS, 1992), para os países da América Latina e Caribe, permitiu determinar que na década de noventa, a população mundial crescesse a uma taxa de 1,7% ao ano, enquanto a população de sessenta anos ou mais crescesse 2,5%. A maior parte deste último aumento ocorreu nos países em desenvolvimento, onde a taxa de crescimento das pessoas idosas foi cerca de três vezes maior do que a dos países desenvolvidos.

Gráfico 1 – População idosa no mundo (1960-2020).



Na América Latina, somados os dados do Caribe, existiam em 1991 uma população de 363,7 milhões de habitantes, e 23,3 milhões (6,4%) eram de pessoas com sessenta anos ou mais. Estima-se que, para o ano de 2000, a cifra total chegue a 565,7 milhões, dos quais 41 milhões (7,2%) serão de pessoas idosas; e para o ano de 2025, estima-se que o número chegue a 865,2 milhões, dos quais

93,3 milhões serão idosos, ou seja, 10,8% da população total (OPS, 1992).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS, 1992), “o envelhecimento é reconhecido como uma das mais importantes modificações na estrutura da população mundial”. Esta modificação do perfil etário é verdadeira em todos os países do mundo porém, entre os dotados de menos recursos econômicos e sociais, como o Brasil, a questão cerca-se de maior gama de problemas.

Em 1900, a população brasileira era de 530.335 habitantes, e havia 17.438 pessoas com sessenta ou mais anos de idade, correspondendo a um percentual de 3%. No censo publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 1970 (IBGE, 1970), foi constatada uma população de 92.699.59 habitantes, sendo 5.916.694 com sessenta anos ou mais, perfazendo um percentual de 5,1%. No censo de 1980, a população atingiu 119.707.865 habitante, sendo 7.741.434 com sessenta anos ou mais, com um percentual de 6,5%. Segundo dados extraídos do Censo Demográfico de 1991, divulgados no Anuário Estatístico do Brasil (IBGE,1993), a população idosa brasileira, naquele ano, era de 4.903.468 homens e 5.772.041 mulheres, perfazendo um total de 10,7 milhões. Este número correspondia a uma população de idosos maior que a da Inglaterra e Gales (estes países do Reino Unido tinham 9,8 milhões de habitantes com 60 anos ou mais) e maior que a população total de muitos países europeus, inclusive Portugal que, naquele ano, tinha uma população de 9,8 milhões de habitantes, a Bélgica, 9,8 milhões, a Grécia, 9,7 milhões e a Suécia, 8,3 milhões.

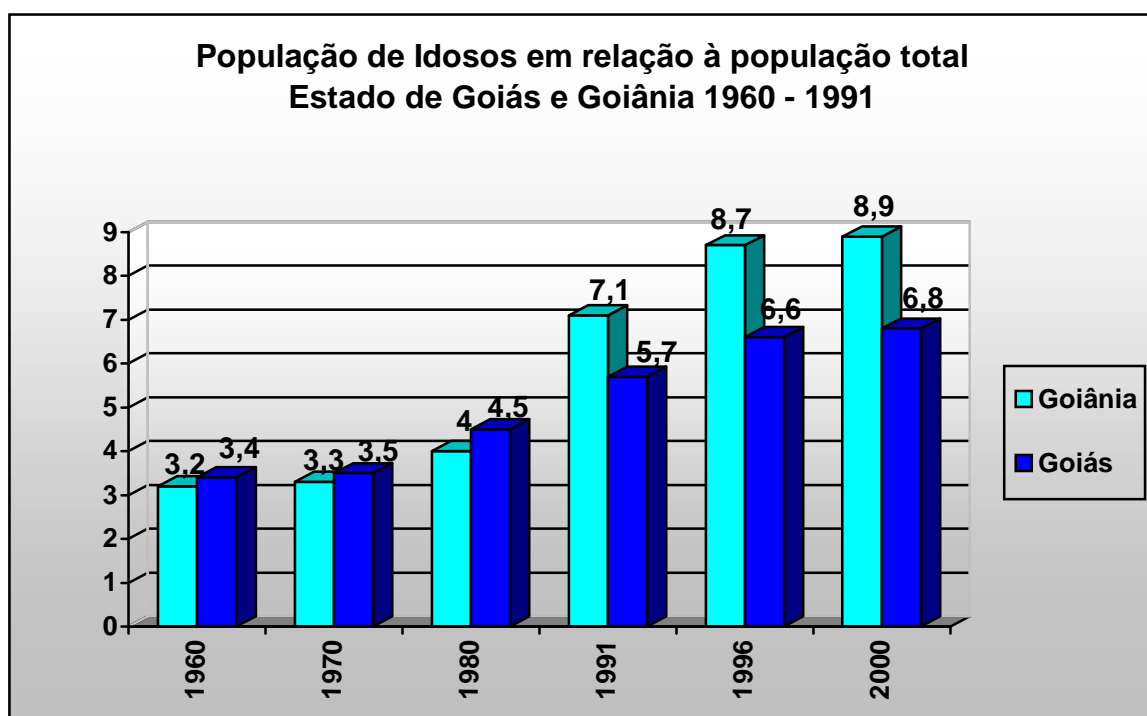
O Brasil, hoje, desponta como um país cuja população se se encontra em rápido e inexorável processo de envelhecimento. No ano 2020, seus habitantes, com 60 anos ou mais, irão compor um contingente estimado de 31,8 milhões de pessoas. Essa população, ao crescer quinze vezes no período de 1950 a 2020, em contraste com a população total que terá crescido apenas cinco vezes, situará o Brasil como o sexto país do mundo em termos de massa de idosos. Hoje a população idosa brasileira já passa dos 14 milhões, o que evidencia a importância deste contingentes populacional no Brasil (VERAS, 1999c.)

No CENSO (2000) dados preliminares da população por habitantes no: Brasil é de 169.544.443, no Centro-Oeste é de 11.611.491, no Estado de Goiás é de 4.994.897 com a taxa de crescimento anual de 2,56 e de Goiânia é 1.090.581 com a taxa de crescimento anual de 2,15: participação em percentagem Goiás/Centro-

Oeste é de 43,02% e Goiás/Brasil 2,95% (SEPLAN-GO/SEPIN – 2000). A população idosa no Estado de Goiás corresponde a 441.630 eleitores, sendo que 205.853 são do sexo feminino e 235.664 do sexo masculino.

Segundo os dados do IBGE (1996) a população idosa brasileira de sessenta a 79 anos, de oitenta anos acima e de idade ignorada corresponde a 12.810.101, da região geográfica (Centro-Oeste) 636.010, da unidade de federação (Goiás) 296.291, mesorregião geográfica (Centro Goiano) 149.758, microrregião geográfica (Goiânia) 87.050, município (Goiânia) 62.729 e distrito (Goiânia – Goiânia-Go) 62.729.

Gráfico 2 – Porcentagem da população idosa em relação à população total no estado de Goiás e sua capital (Goiânia) – 1960-2000



FONTES: IBGE, Contagem da População 1996 e Censo Demográfico 2000.

Para salientarmos a magnitude dessa evolução populacional em nosso país, lembramos que, segundo WORLD HEALTH STATISTICS (1997), em 1950 ocupávamos o 16º lugar em população com idade igual ou superior a 60 anos, com 2,1 milhões de idosos. HERNANDEZ (1992) cita que de acordo com estudos da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989, em 2025 teremos 32 milhões de

habitantes com 60 anos ou mais, sendo, então, o Brasil o sexto país do mundo em número de idosos. O Brasil está deixando de ser um país de jovens. Fatores como o declínio de nascimentos e os avanços da medicina, em especial da geriatria e gerontologia, são os responsáveis pela longevidade e conseqüente aumento desta parcela da população. No Brasil, entre 1960 e 1980, houve uma queda de 33% na fecundidade. No mesmo período de 20 anos, a expectativa de vida aumentou em 8 anos. A expectativa média de vida da população idosa brasileira, em 1990, era de que as mulheres, a partir de 60 anos, tinham ainda mais 18,2 anos para viver, e os homens, 15,9 anos. Entre os anos de 1980 e 2000, o aumento estimado situa-se em torno de 5 anos quando o brasileiro, ao nascer, terá a esperança de vida de 68,5 anos. As projeções para o período de 2000 e 2025 permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos, para ambos os sexos (KALACHE et al, 1987).

“A prevenção e informação, associadas a um coquetel de novas drogas, devem empurrar a expectativa mundial de vida humana para perto dos cem anos em menos de duas décadas. Os japoneses, campeões de longevidade, já chegaram aos oitenta. Alguns cientistas acham que nos próximos 25 anos a ciência será capaz de eliminar o limite máximo da vida humana, atualmente fixada por consenso em torno dos 120 anos.” (GOMES, 1999).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) determina que seja considerado como envelhecido populacionalmente aquele país que ultrapasse em 7% a sua taxa de “gerontes”. O Brasil já está chegando próximo a este limite. A relação populacional 1900/1980 demonstra que, nestes 80 anos, enquanto a população geral aumentou 22,6 vezes, a de 60 anos ou mais cresceu 44,3 vezes. O número de velhos atingiu 14 milhões e o Brasil fatalmente será considerado um país envelhecido populacionalmente. TOLLEDO (1996) comenta, com base em estudo do IBGE, que no período de 1975 a 2025, a totalidade da população terá um aumento de 102%, enquanto a população de idosos terá aumentado 224%.

Como conseqüência, estimativas apontam que, entre os anos de 1991 e 2020, a população idosa aumentará mais rapidamente que a população total em todos os países da América Latina. No Brasil, o último censo do IBGE, realizado em 2000, mostrou que em 2020 haverá 58 idosos para cada cem jovens com menos de quinze anos, sendo que em 1995 eram apenas 24 para cada grupo de cem

(RAMOS et al, 1987; VERAS, 1994).

A transição demográfica é um fenômeno que deve ser entendido como a fase evolutiva pela qual uma sociedade passa, o caminho da estabilização de sua população, quando a taxa de crescimento é próxima a zero, com baixas taxas de mortalidade e de natalidade. Entretanto, segundo KALACHE et al. (1987), a transição demográfica nos países em desenvolvimento, como no Brasil, deve-se muito mais às conquistas tecnológicas na área da saúde do que ao desenvolvimento socioeconômico. Segundo KALACHE (1996), “mesmo que uma pessoa viva hoje em condições precárias, sem água potável, sem esgoto sanitário, em péssimas condições de moradia e trabalho, subalimentada, suas chances de sobreviver até a velhice são muito maiores do que até um passado muito recente”. Ao mesmo tempo em que ocorrem mudanças na estrutura da população, observam-se também mudanças nos padrões de saúde e doença, que são também componentes fundamentais para a compreensão da dinâmica populacional. A saúde está sendo entendida como algo muito maior do que a ausência de doença, encerrando a possibilidade de uma vida saudável, participativa, com contato entre gerações, em busca da melhoria da qualidade de vida do indivíduo, da sua família e da comunidade onde vive (VERAS, et. al., 2000).

As conseqüências deste fenômeno no indivíduo na sociedade merecem ainda maior atenção daqueles que dedicam suas atividades profissionais em prol da promoção da saúde do idoso (FILHO, 2000). Aliada à existência de uma política de saúde para o idoso, há necessidade de qualificação em gerontologia e geriatria, visto que a demanda de idosos não é proporcional à formação de recursos nestas áreas, exigindo, também, uma maior participação da enfermagem em programas e projetos para a terceira idade.

3.3 – Teorias do Envelhecimento

O processo de envelhecimento humano, desde as mais antigas civilizações, sempre foi alvo de preocupação e interesse por parte de estudiosos, surgindo então muitas teorias na tentativa de explicar este fenômeno e, se possível, retardá-lo. Vários pesquisadores tentam esclarecer por que envelhecemos, mas não existe até agora nenhuma teoria comprovada que explique tal fenômeno. Segundo HAYFLICK (1996), “o envelhecimento tem muitas causas que poderiam incluir

aspectos de todas as teorias”.

As teorias do envelhecimento podem ser classificadas, conforme a natureza do fenômeno, em biológicas, psicológicas e sociológicas.

As teorias biológicas do envelhecimento explicam o processo de envelhecimento físico, as mudanças do corpo que incluem alterações em níveis molecular e celular nos principais órgãos e sistemas, e a habilidade do corpo para resistir às doenças e às condições do ambiente.

As teorias psicológicas enfatizam as mudanças no comportamento e os papéis sociais ao longo da vida, pois as experiências das pessoas envelhecidas vão diferir conforme o processo particular de cada um (STANLEY & BEARE, 1995).

As teorias sociológicas referem-se ao processo no qual o indivíduo adquire condutas, crenças e valores que são avaliadas em seu contexto social, seja na família ou no grupo cultural a que pertencem (NARRO, 1996).

Das seis teorias apresentadas abaixo, apenas a teoria do desgaste descreve os resultados do envelhecimento, as outras cinco explicam as suas causas. O Quadro 1, concebido por BERGER e MAILLOUX-POIRIER (1995), apresenta sucintamente um resumo de cada uma delas. Portanto há outras teorias sobre o envelhecimento biológico, todas elas o definem e, em certa medida, estão interligadas.

Quadro 1 – Teorias Gerais do Envelhecimento Biológico

Teoria Imunitária	O sistema imunitário parece já não conseguir distinguir as células sãs existentes no organismo, das substâncias estranhas.
--------------------------	--

Teoria Genética	O envelhecimento seria programado biologicamente e faria parte de um contínuo, durante o desenvolvimento orgânico, seguindo rigorosamente a embriogênese, a puberdade e maturação.
Teoria do erro da síntese protéica	Alterações da molécula do DNA falseiam a informação genética levando a formação de proteínas incompetentes.
Teoria do desgaste	As zonas do organismo humano deterioram-se com o uso.
Teoria dos radicais livres	Os radicais livres provocam a peroxidação dos lipídeos não saturados e transformam-nos em substâncias que envelhecem as células.
Teoria neuro-endócrina	A regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuro-endócrinas.

REFERÊNCIA: BERGER & MAILLOUX- POIRIER (1995).

As investigações sobre o processo de envelhecimento enfocam-se nos aspectos biológicos, fisiológicos, imunológicos e genéticos. Para que possamos melhor entender as modificações impostas no organismo humano pela senilidade, como também as alterações patológicas que se assentam nos indivíduos já envelhecidos, precisamos ter noções gerais sobre o processo básico do envelhecimento.

Há duas concepções teóricas sobre o período em que se inicia o envelhecimento. A fundamentada na área das Ciências Biológicas, afirma que se começa a envelhecer quando termina o crescimento, mais ou menos por volta dos 22 a 25 anos de idade. A outra, baseada na área das Humanidades, salienta que o processo de envelhecimento inicia-se na concepção e termina na morte. GUIMARÃES (1999) não concorda com esta segunda teoria, enfatizando que “se você pensa que envelhecemos desde que nascemos, está enganado”.

Existem diversas teorias sobre o envelhecimento, as mais plausíveis são as da teoria genética e as dos radicais livres.

Ainda que o envelhecimento obedeça a um ritmo próprio em cada indivíduo (duas pessoas com a mesma idade podem ser completamente diferentes), existem algumas características comuns a todos como, por exemplo, a menopausa na mulher. Essa condição, caracterizada pela cessação dos fluxos menstruais e da capacidade reprodutiva feminina, ocorre entre os 45 e 50 anos na maioria das mulheres. Essa programação, que constitui um marco de envelhecimento, obedece

a um programa que só pode ter base genética, visto que é comum a todos os humanos do sexo feminino. Ao considerar que as outras tantas alterações características do envelhecer sejam genéticas, teríamos de considerar que seríamos dotados de dois tipos de programas genéticos distintos: um que nos faz desenvolver e que atuaria nas primeiras três décadas de vida, e um outro que passaria a agir em seguida, como que se contrapondo ao que até então vinha atuando. Entretanto, parece pouco provável que, dentro do conceito de evolução das espécies, se aceite a existência de qualquer ação contrária à perpetuação de determinada espécie, como seria o caso da existência de um programa genético direcionado para o enfraquecimento do indivíduo, facilitando a sua morte.

Não obstante essa limitação, a contribuição da genética para o envelhecimento é inquestionável. Existem famílias que são caracterizadas pela extrema longevidade de seus membros, sendo essa uma característica provavelmente ligada à hereditariedade. O gênero humano tem em comum com o chimpanzé 99% dos genes: o 1%, no qual deferimos, foi suficiente para o homem construir as pirâmides do Egito, a democracia dos gregos e os afrescos renascentistas. Essa pequena mudança na "fórmula da vida", também, fez com que a duração da vida humana passasse a ser mais do que o dobro daquela observada nos chimpanzés. Existem, com toda a certeza, genes que contribuem para que a vida seja prolongada.

A hipótese dos radicais livres é a mais crescente de todas; é também a mais atraente. Para entender o que sejam os radicais livres temos de viajar pela estrutura do átomo. Como grande parte da ação dos radicais livres se dá pelo processo químico conhecido como "oxidação", substâncias com efeito antioxidante tendem a bloqueá-los. A maior fonte de produção de radicais livres no organismo é o processo de "respiração celular". Neste, o oxigênio sofre uma série de reações que levam à produção de energia, mas que também produzem radicais livres. Os organismos que contam com "varredores mais eficientes" estão mais protegidos, não apenas de alterações associadas ao envelhecimento, mas também de um grande número de doenças como diabetes, enfisema e alguns tipos de artrite. Todas essas afirmações são ainda consideradas hipóteses, devendo ser confirmadas por experiências científicas antes de serem completamente aceitas (GUIMARÃES, 1999).

Não existe uma fonte de juventude genética, possivelmente, no futuro poderemos atuar em alguns dos mecanismos descritos em busca de prolongar a vida humana, mais nada poderia nos garantir que não estaríamos sujeitos a uma serie de efeitos colaterais, como o aumento da incidência de tumores.

CAPÍTULO 4 – ALTERAÇÕES PSICOSSOCIAIS RELACIONADAS AO ENVELHECIMENTO

LINTON (1981) afirmou que o indivíduo que se alegra com a idéia de envelhecer é uma exceção em qualquer sociedade e, mesmo considerando que a velhice possa trazer consigo respeito e nova dose de influência, nela se renuncia a muitas coisas consideradas agradáveis.

JUNQUEIRA (1998) citou alguns elementos que determinam o bem-estar na velhice como vida longa, saúde física e mental, satisfação, competência e status social, controle cognitivo, produtividade, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais, e manutenção dos vínculos afetivos. DEPS (1993) também declarou que o envelhecimento bem sucedido pode ser definido como um nível relativamente alto de saúde física, bem-estar psicológico e competência na adaptação aos eventos. Quanto ao bem-estar emocional ou psicológico, uma autora relacionou-o ao estado da mente que inclui sentimento de felicidade, contentamento e satisfação com condições da vida própria.

Isto nos permite refletir que, no decorrer do processo de envelhecimento, como em qualquer outra fase da vida, vivenciam-se perdas e ganhos, diferenciando-se apenas de uma pessoa para outra a percepção destas, o que depende da plasticidade de cada um. POLLOCK (1980), apud STOPPE JR 1980 e LOUZÃ NETO (1996), afirmaram que o ajustamento positivo às perdas depende das características do indivíduo, sendo mais freqüente em idosos com auto-imagem positiva e identificados com a idade, ativos e ocupando importantes papéis sociais, realizando atividades variadas e otimistas em relação ao futuro.

A condição ideal para o processo de envelhecer saudável é a interação entre o velho e o seu contexto sócio-cultural, ambos transformando-se e adaptando-se a essas transformações. Para que isso aconteça é importante considerar mais as potencialidades do que as limitações do idoso. Para GILADS & GLORIG (1979), deve-se compreender que o indivíduo mais velho vive constantemente adaptando mecanismos e estratégias que visam superar suas habilidades em declínio, da melhor maneira possível, a fim de manter o equilíbrio dele próprio e da sociedade.

Para BEAUVOIR (1990), o envelhecimento tem uma dimensão existencial como em todas as situações humanas, pois modifica a relação do homem com o tempo, com o mundo e com a sua própria história. A autora afirmou que o homem teme a velhice pelas transformações que a acompanham. O medo de envelhecer está associado à imagem de que a velhice traz doenças, solidão, perdas, improdutividade e morte. Ressaltou ainda que é comum ao homem temer as transformações próprias da espécie, pois, quando criança, teme transformar-se em adulto e, quando, adulto teme transformar-se em velho. Para ela, o envelhecimento depende da história de vida, variando em tempo e espaço. A idade cronológica pode diferir da idade biológica em um mesmo indivíduo, apesar da relação de interdependência existente entre ambas. A autora compara a senescência a uma escada da qual, por possuir degraus irregulares, alguns despencam mais rapidamente que outros.

PRETTI (1991) afirmou que a faixa etária vem se constituindo cada vez mais um fator de crescente discriminação nas grandes sociedades contemporâneas, principalmente nas potências altamente industrializadas. Com frequência, a pessoa é considerada idosa diante da sociedade com base no momento em que encerra suas atividades produtivas. As saúdes física e mental são fatores de peso, sendo fundamental a questão da autonomia: o indivíduo passa a ser visto como idoso quando começa a depender de terceiros para cumprimento de suas necessidades básicas ou tarefas rotineiras de automanutenção (SAAD, 1990). Em nossa sociedade, o idoso é estereotipado como improdutivo, inválido, etc., o que de alguma forma influencia seu autoconceito.

CANOAS (1983) relatou que os velhos, por serem discriminados, muitas vezes tentam negar a própria velhice como forma de afastá-la. Afirmou que esta atitude torna-se perigosa, porque pode aproximá-los do ridículo, pois para se

igualarem ao jovem, vestem-se ou penteiam-se como estes. Eles se esforçam para, diante dos que têm menos idade, mostrar uma alegria e dinamismo que não têm mais.

4.1. – Depressão no Idoso

4.1.1 – Conceito

O termo depressão abrange situações que podem ser bastante distintas entre si; pode expressar um sintoma, uma síndrome ou uma doença, além da possibilidade de expressar um quadro curto e abrupto, com risco de suicídio, ou quadro duradouro e menos intenso, como distímia (o termo distímia é de origem grega, significando “mau humor”, e referia-se a uma inclinação do temperamento à melancolia) ou personalidade depressiva. Pode ainda representar situações evolutivas e de amadurecimento (STOPPE JR., 1999).

A definição de depressão é outra questão problemática, sendo os critérios diagnósticos importantes na definição da casuística. Várias pessoas idosas podem ter sintomas depressivos, mas não preenchem os critérios estritos para sua inclusão como depressivos. BLAZER & WILLIAMS (1980) aplicaram questionários padronizados detalhados a 997 idosos na Carolina do Norte (USA), descobrindo que 14,7% apresentavam sintomas depressivos, porém apenas 3,7% preenchiam os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM) para diagnóstico de depressão maior. A evidência surpreendente é que uma proporção de indivíduos idosos apresenta sintomas depressivos incapacitantes que não preenchem os critérios de definição do DSM.

Depressão na velhice freqüentemente passa despercebida através de uma barreira de isolamento social, pessimismo face à existência, passividade, e queixas somáticas, que tem sido erradamente considerados como parte do processo normal de envelhecimento.

4.1.2 – Causas

Entre os principais distúrbios mentais no idoso está a depressão, que é uma doença potencialmente séria pelo dano que pode causar aos pacientes.

Indivíduos que apresentam doenças psiquiátricas de início tardio têm fatores etiológicos distintos daqueles que envelhecem com a doença mental crônica. Isso é particularmente importante para os transtornos depressivos, em que os processos neuropatológicos do envelhecimento preponderam sobre as anormalidades do neurodesenvolvimento geneticamente determinadas.

Para LOOMIS (1979), a depressão ocorre freqüentemente quando uma pessoa perde alguém ou alguma coisa que tem sido fonte de apoio e de auto-afirmação. Se o cuidador do idoso está atento às necessidades individuais, a pessoa que está experimentando a perda pode ser ajudada a procurar novas alternativas de satisfação pessoal.

A depressão é co-morbidade freqüente, que tem um impacto negativo na evolução dos doentes geriátricos, podendo influir na mortalidade, morbidade e na capacidade de recuperação dos mesmos (ROCA, 1994). Idosos deprimidos, quando hospitalizados por condições clínicas ou cirúrgicas, tendem a permanecer mais tempo internados (MOFFIC, 1975). Entre os motivos pelos quais a depressão não é devidamente diagnosticada, inclui-se o fato de que os sintomas psiquiátricos não serem específicos de doenças psiquiátricas (HALL, 1980).

O desenvolvimento de sintomas pode ser conseqüente a uma ou mais causas orgânicas, sociais ou emocionais. Aspectos biológicos – hipofisários têm sido apontados como fatores importantes nos transtornos do humor. A depressão tem sido também atribuída à disfunção em nível de neurotransmissores, com destaque para os sistemas noradrenérgico e serotoninérgico (NEMEROTT, 1998). A disforia senil seria, em vez de uma doença, uma característica de indivíduos com problemas antigos de relacionamento e personalidade, pouco equipados para lidar com as mudanças e perdas associadas ao envelhecimento (GILLIS & ZABOW, 1982).

O transtorno depressivo é de 50 a 70% mais diagnosticado em mulheres do que em homens. As causas de tal diferença são desconhecidas e hipóteses variadas vinculam-se às influências hormonais, à predisposição genética ligada ao cromossoma X, ao aprendizado de reações depressivas culturalmente mais observáveis no sexo feminino, e à maior facilidade das mulheres exporem suas emoções e procurarem tratamento (NARDI, 1998).

BAGGIO (1995) argumenta que os sintomas climatérios não são

atribuídos exclusivamente à deficiência hormonal. Acentua que a maioria dos sintomas de ordem psíquica tem a ver com as circunstâncias de vida, mais do que com a cessação das regras. O autor refere também que os sintomas de climatério encontram-se relacionados a uma diversidade de fatores, além da deficiência de hormônios, em especial estrogênio e progesterona, como o envelhecimento biológico, a estrutura psicológica e somática e os aspectos de ordem psico-sócio-culturais, os quais atuam conjuntamente em proporções variáveis em cada mulher.

4.1.3 – Sintomas

FLAHERTY (1995), refere que a depressão clínica exerce maior gravidade e duração que os episódios transitórios de tristeza que a maioria das pessoas experimenta em distintos graus. Os pacientes deprimidos divergem em grau nos sintomas específicos manifestados.

A depressão modifica o comportamento, o humor e o estado emocional dos seus portadores. Os idosos diagnosticados clinicamente como tendo um transtorno depressivo sofrem de humor deprimido e perda de interesse ou prazer por todas, ou quase todas as atividades, durante pelo menos duas semanas. Os sintomas associados incluem alteração do apetite, subsequente diferença no peso, insônia, agitação ou retardo psicomotor, diminuição da energia, cansaço, atividade diminuída, dificuldade para pensar ou concentrar-se, dificuldade com a atenção e descuido com a aparência (KYES & HOFLYNG, 1985; TAYLOR, 1992). O idoso deprimido sofre de intenso sentimento de culpa, têm idéias depreciativas sobre si mesmo, falta de confiança e falsas crenças que fazem com que se acuse de inúmeros delitos; seu estado de ânimo reflete tristeza, desalento ou desespero, com visões desoladas e pessimistas sobre o futuro, podendo surgir pensamento recorrente sobre a morte (KARNOSH, 1973; KAPLAN & SADOCK, 1984). Para FLAHERTY (1995), alguns idosos podem apresentar-se predominantemente com sintomas vegetativos, negando sensações de tristeza; outros podem queixar-se inicialmente de angústia existencial e, posteriormente, admitir outros sintomas.

Os sintomas somáticos como alteração do apetite, sono, fadiga e concentração não devem ser interpretados como manifestações exclusivas de afecções orgânicas. Neste caso, tem sido sugerido considerar como sintomas

depressivos adicionais choro, tristeza, apatia social, falta de comunicação, pessimismo e apatia ambiental (RAPP, 1989). Tristeza, falta de energia, hiporreflexia e perda de peso são sintomas comuns em idosos com doenças orgânicas, mas também fazem parte dos sintomas depressivos (HALL, 1980).

Em muitos casos, encontra-se dificuldade na diferenciação entre os sintomas somáticos da depressão, pois coexistem os sintomas da doença física e as alterações físicas próprias do envelhecimento (YESAVAGE, 1992; REINOLDS et al., 1994). Diversos estudos sugerem que os pacientes são com freqüência mal diagnosticados e pouco tratados, o que pode comprometer a qualidade de vida de um grande número de indivíduos que se poderiam beneficiar de tratamentos específicos (ROVNER et al., 1991; STEWART et al., 1991).

Estima-se que dois terços dos pacientes com doenças físicas (não deprimidos) apresentam distúrbios de sono, fadiga e retardo motor, sintomas geralmente relacionados aos quadros clínicos de depressão (KOENING et al., 1993). Por outro lado, a depressão com múltiplas queixas somáticas, muitas vezes pode sugerir erroneamente a ocorrência de problemas físicos, ou ser entendida como complicação de uma doença clínica preexistente (YESAVAGE, 1992). Estes pacientes, em geral, não procuram serviços psiquiátricos. O foco da atenção, tanto dos profissionais de saúde, como do próprio paciente, pode estar voltado exclusivamente para as queixas físicas, fazendo com que os sintomas depressivos passem despercebidos (HARPER et al., 1990).

A tendência de clínicos e cirurgiões de se concentrarem mais nas queixas físicas, faz com que seja relegada a etiologia psiquiátrica de vários sintomas (SCHUCKIT, 1975). Não raramente, sintomas somáticos da depressão, tais como astenia, apatia e até mesma tristeza, são caracterizados como “condição apropriada” para um velho com enfermidade orgânica (CASSEN, 1995). Ao avaliar a origem de sintomas somáticos, muitas vezes estes só serão efetivamente esclarecidos se o diagnóstico de depressão for considerado (ZUNG, 1983). As dificuldades sobre os problemas psicológicos podem ser atribuídas ao temor de desencadear estresse emocional no doente, ainda que a maioria concorde que fatores psicológicos possam alterar o curso e o resultado da doença (MAGUIRE, 1974; MAYOUR, 1986; GUIMARÃES, 1999).

Uma das possibilidades a considerar é a do transtorno do humor constituir

manifestação secundária de doença orgânica (KOENIG, 1991). Muitas doenças do sistema nervoso apresentam co-morbidade depressiva, como o acidente vascular cerebral (ROCHA, 1993). Tumores cerebrais, assim como tumores do pâncreas, podem-se manifestar como distúrbios depressivos.

Doenças clínicas e neurológicas, que ocorrem com maior freqüência em idosos, podem alterar os padrões usuais de relato dos sintomas depressivos. Os idosos deprimidos apresentam mais deficiências cognitivas do que deprimidos jovens. Poucos autores tentam comparar objetivamente o desempenho cognitivo entre deprimidos de diferentes faixas etárias (CAINE et. al., 1994). BOONE et al (1994) estudaram três grupos de indivíduos com depressão leve ou moderada de diferentes faixas etárias (46-59, 60-69 e 70-85 anos), com bom nível de instrução e fisicamente saudáveis. Comparando-os com grupos “controle pareados” pela idade, não foi identificada qualquer associação entre o aumento da idade e a deterioração cognitiva entre os deprimidos. Os idosos deprimidos, na presença de sintomas psicóticos, parecem estar associados a um pior desempenho neuropsicológico (particularmente em provas de fluência verbal, memória e no teste de Q.I.) (KUNIK et al., 1994).

Os idosos têm uma rede de relacionamentos familiares e afetivos nos quais há uma mútua dependência em relação aos problemas e satisfações. O comportamento do idoso deprimido é sempre pessimista, irritado, triste, desinteressado, se isolando e aos poucos se afastando dos familiares e parentes. Tanto o modo de ser do idoso deprimido não é socializador, como também o da família que não percebe a depressão como uma doença. Alguns familiares tratam os idosos como se eles estivessem depressivos por causa da má vontade em colaborar, como se a depressão fosse apenas uma questão de ter ou não vontade de ficar bem. A depressão é uma doença como qualquer outra; é muito mais forte do que a vontade (NARDI, 1998).

4.1.4 – Estudos Epidemiológicos

Neste século, por razões ainda não totalmente esclarecidas, a depressão vem se tornando cada vez mais freqüente. Talvez isso seja apenas resultado de uma melhor identificação e esclarecimento. Dado recente de estudo epidemiológico

norte-americano (“Epidemiologic Catchment Area Program”) demonstraram que 30% dos idosos entrevistados relataram já ter tido pelo menos um episódio de depressão. Distímia (depressão crônica com sintomas leves e humor irritado) foi encontrada em 3% da população. KLEIN (1975), cita que LACAN admite que a depressão na verdade seria um instrumental para entrada no cultural. A depressão é quando você começa fazer sua eleição mais clara do objeto interno do externo. Assim, podemos calcular que existem no Brasil aproximadamente 54 milhões de pessoas que, em algum momento de suas vidas, terão algum tipo de depressão, sendo que 7,5 milhões terão episódios agudos e graves, muitos com risco de suicídio (NARDI, 1998). Em amostra de idosos com sintomas depressivos, identificados segundo critérios do DSM-III modificados, 6,5% foram considerados portadores de quadros disfóricos secundários a problemas físicos, 3,7% de depressão maior e 4,5% de quadros “disfóricas simples” (BLAZER & WILLIAMS, 1980)).

A incidência de sintomas depressivos é particularmente significativa em pessoas de 65 anos ou mais, sendo que mais de três quartos delas não são tratadas ou recebem tratamento inadequado (KLERMAN, 1983; BLAZER, 1992a). Episódios de depressão maior diminuem na velhice e freqüentemente permanecem sem tratamento por meses ou mesmo anos, registrando-se aumento importante de sintomas depressivos caracterizados como depressão menor ou depressão subsindrômica (BLAZER et al, 1988; ROMANSKI et al., 1992). Enquanto 8 a 15% dos idosos na comunidade apresentaram algum grau de sintomatologia depressiva, a prevalência de depressão maior foi de apenas 1 a 3% (BLAZER, 1994a). Na maior parte dos casos com sintomas depressivos, estes sintomas não foram suficientes para se fazer o diagnóstico nas categorias usuais do DSM-III-R. Analisando-se a distribuição de sintomas depressivos pelas diversas faixas etárias da comunidade, não se encontraram diferenças significativas, a não ser nos indivíduos acima de 85 anos, em que foram encontradas taxas mais elevadas. Entretanto, em 8.089 indivíduos entre 15 e 54 anos, a prevalência de depressão maior foi de 4,9%, superior à encontrada nos idosos (BLAZER et al., 1994).

BLAZER et al., (1987), estudando 1.300 idosos com 60 anos ou mais e que viviam na comunidade, observaram que apenas 2,00% sofriam de distímia, 1,20%, de transtornos mistos de depressão e ansiedade, e 0,80%, de depressão maior (DSM-III-R). No estudo do Epidemiological Catchment Area Study (ECA), em

indivíduos com idade igual ou acima de 65 anos, detectou-se uma prevalência de depressão maior de apenas 0,9% e de 0,2% de transtornos bipolares. Na faixa dos 18 aos 29 anos, a prevalência de depressão maior foi de 2,9% e entre 30 e 44 anos, de 3,9% (BLAZER, 1994a).

Pesquisa na Universidade de ILLINOIS mostrou que 16% de idosos mostrava sinais claros de depressão, sendo que mais de 90% dos acometidos apresentava decepção com a própria pessoa, falta de estímulo para as atividades usuais, desespero, irritabilidade fácil e freqüente frente a problemas simples e corriqueiros, além da dificuldade de dormir ou pegar no sono.

Comparando os idosos mais jovens (65-74) com os idosos velhos (75 anos ou mais), LINDESAY et al. (1989), em estudo realizado em Londres, envolvendo 890 indivíduos, registraram taxas de prevalência muito similares, com porcentagens globais de 8,4% em homens e 11,9% em mulheres.

No Brasil, no estado da Bahia, AGUIAR & DUNNINGHAM (1993) encontraram prevalência de sintomas depressivos semelhante à encontrada nos estudos descritos acima. Estimaram que 15% dos idosos vivendo na comunidade apresentam sintomatologia depressiva, associada ou não a distúrbios psiquiátricos específicos.

VERAS & MURPHY (1994) avaliaram a saúde mental de idosos (acima de 60 anos) em três distritos da cidade do Rio de Janeiro, caracterizados por populações de diferentes níveis socioeconômicos. Foram definidos como de alto, médio e baixo poder aquisitivo e avaliados através de questionário padronizado. A prevalência de sintomatologia depressiva nos idosos de alto, médio e baixo poder aquisitivo foi, respectivamente, de 22,62%, 19,67% e 35,12%. A prevalência do diagnóstico de depressão maior (DSM-III) foi de 6,75%, 4,51% e 11,57% para indivíduos de alto, médio e baixo poder aquisitivo, respectivamente). Os resultados deste estudo mostram taxas mais elevadas quando comparadas com outros estudos semelhantes, especialmente na população de baixo poder aquisitivo. Para os autores, esta discrepância é devida, em parte, às limitações do instrumento utilizado, pois no Brasil a população de nível socioeconômico mais baixo tem padrão cultural inferior quando comparado a de similar poder aquisitivo dos países desenvolvidos. Outro fator importante, quando comparado a países desenvolvidos, é a escassez de

serviços de auxílio destinados à população de idosos (transporte adequado, serviços de assistência de enfermagem domésticos, serviços voluntários dedicados ao bem-estar, etc.).

Estima-se que 10% dos residentes em asilos para idosos apresentam um episódio depressivo maior no período de 1 ano, enquanto 20% dos recém-admitidos a essas instituições se deprimem no primeiro ano de estadia (ADDONIZIO & ALEXOPOULOS, 1993).

As pesquisas em três estudos (COPELAND, et. al., 1987; KUA, 1990; LOBO, et. al., 1995) usando a GMS na comparação por sexo, mostraram maior prevalência de depressão em mulheres (3,4-6% nos homens e 5,4-10% nas mulheres). No estudo realizado em Londres por LIVINGSTON et. al. (1990), houve maior proporção de mulheres deprimidas (1,5:1).

A depressão é o transtorno psiquiátrico que mais prevalece no idoso doente (KOENING, 1992). Cerca de 40% dos pacientes geriátricos atendidos em nível ambulatorial ou hospitalizados apresentam sintomas depressivos que se enquadram no diagnóstico de depressão subsindrômica; entre 7 e 10% apresentam quadros de depressão grave (GUIMARÃES, 2000). A prevalência de depressão maior e subclínica no acidente vascular cerebral pode atingir cifras de até 50% (ROCHA, 1993).

4.2 – ESTRESSE NO IDOSO

4.2.1 – Conceito

O termo estresse vem da física e, neste campo de conhecimento, tem o sentido do grau de deformidade que uma estrutura sofre quando é submetida a uma exposição. Ao pressionar com a ponta de meu lápis a borracha, que está na minha frente, posso ver que irá se formar uma pequena depressão. Isto acontece com a grande maioria dos materiais, sendo a deformidade de maior ou menor grau, conforme a dureza deste e o esforço a que está submetido.

No princípio do século XX, WALTER CANNON (1914), formulou o conceito de homeostase — processo fisiológico coordenado que mantém o estado de constância do organismo, ou seja, o estado de equilíbrio funcional e considerou o estresse como um distúrbio da homeostase sob determinadas condições como frio,

hipóxia, hipoglicemia, entre outras.

Em 1965, HANS SELYE introduziu o conceito de estresse nas ciências biológicas. Este cientista estudou as ações hormonais associadas aos eventos capazes de produzir reações de estresse, tendo sido o primeiro a esclarecer o complexo mecanismo neurohumoral envolvendo o hipotálamo-hipófise-adrenal na produção de respostas fisiológicas ao estresse. Para o autor, o estresse é o denominador comum de todas as reações adaptativas que ocorrem no corpo. É o estado manifestado por uma síndrome específica, que consiste em todas as mudanças induzidas de maneira não específica num sistema biológico SELYE (1965) considera, ainda, que estresse é o resultado inespecífico de qualquer demanda sobre o corpo, seja de efeito mental ou somático, e que estressor é todo agente ou demanda que evoca reação de estresse, seja de natureza física, mental ou emocional, sendo esta última um dos mais freqüentes ativadores (RODRIGUES & GASPARINI, 1992).

SELYE (1956) chamou de "Síndrome de Adaptação Geral" (SAG) ao conjunto de respostas à situação de estresse, dividindo-a em três fases: fase de alarme, fase de resistência e fase de exaustão. Estas fases compreendem desde o momento em que a pessoa entra em contato com o estressor e o organismo lança mão de seu estoque de substâncias neurohormonais face à agressão, passando pela fase em que a tentativa de superação da situação estressora vai envolvendo mais elementos endócrinos no sentido de fornecer resistência à tensão, e culminando no estágio de exaustão das reservas fisiológicas, seguindo-se as doenças como mecanismo de inadaptação da pessoa a este processo. A SAG é caracterizada pela mobilização de todo o organismo para enfrentar o estressor (Fig. 1 e 2), com o objetivo de restaurar a sua homeostase. As respostas neuroendócrinas ajudam o processo de adaptação às mudanças do organismo devido aos estímulos do ambiente.

Na Fase de Alarme da SAG, o organismo tem uma excitação e uma reação de agressão ou de fuga ao estressor, que podem ser entendidas como comportamento de adaptação, sendo também chamadas de "EUSTRESS" ou reação saudável ao estresse, possibilitando o retorno à situação de equilíbrio após a experiência estressante. Esta fase é caracterizada por alguns sintomas como hiper ou hipotensão arterial, insônia, hemoconcentração, sudorese, taquicardia, tensão

muscular, zumbido nos ouvidos, irritabilidade, catabolismo dos tecidos em geral, fadiga crônica, dor de cabeça, sensação de esgotamento, hipocloremia, pressão no peito e extremidades frias, entre outros.

Na Fase de Resistência da SAG há persistência da fase de alerta, o organismo altera seus parâmetros de normalidade e concentra a reação interna em um determinado órgão-alvo, desencadeando a Síndrome de Adaptação Local. Nesta fase, há o desaparecimento dos sintomas físicos e a manifestação de sintomas da esfera psicossocial como ansiedade, medo, queda de cabelo, isolamento social, roedura de unhas, oscilação do apetite, impotência sexual e outros. A permanência desta fase desencadeia uma situação chamada de "DISTRESS" OU "MAU ESTRESSE", pois as estratégias de adaptação adotadas são agressivas para o próprio organismo.

Na Fase de Exaustão da SAG, o organismo encontra-se extenuado pelo excesso de atividades e pelo alto consumo de energia, ocorrendo a falência do órgão mobilizado na Síndrome de Adaptação Local iniciada na fase de resistência, que se manifesta através de doenças orgânicas. Os sintomas dependem do comprometimento do órgão afetado e da evolução da doença, podendo até mesmo ocorrer à morte súbita.

As reações de estresse resultam, como foi descrito acima, dos esforços de adaptação. No entanto, se a reação ao estímulo agressor for muito intensa ou se o agente do estresse for muito potente e/ou prolongado, poderá haver, como consequência, doença ou maior predisposição ao desenvolvimento de doença, visto que a SAG provoca uma série de reações no organismo e estas situações podem debilitá-lo e deixá-lo mais suscetível a várias doenças. O porquê de surgir uma enfermidade e não outra depende das diferenças individuais que são determinadas pela história de vida da pessoa e de suas vulnerabilidades, condicionadas pela genética e pela sua constituição.

As colocações relativas a SAG são mais facilmente comprovadas naquelas doenças em que notoriamente há um componente de esforço, de adaptação, como, por exemplo, nas gastrites e úlceras digestivas resultantes de estresse, crises de hemorróidas, alterações da pressão arterial, artrites reumáticas e reumatóide, doenças renais, afecções dermatológicas de cunho inflamatório, dificuldades emocionais, alterações metabólicas, perturbações sexuais, alergia e

infecções, entre outras. E, sem dúvida, a grande maioria das doenças que hoje são estudadas dentro do capítulo da Medicina do Trabalho tem uma íntima correlação com o estresse. Manter a vida, enquanto se luta para ganhar a vida, nem sempre é fácil. O desgaste a que as pessoas são submetidas, nos ambientes e nas relações com o trabalho, é um dos fatores mais significativos na determinação das doenças. Embora este fato não escape ao conhecimento dos médicos, o espaço dedicado ao mesmo na anamnese e a investigação sobre seus aspectos é pequeno em relação à sua importância.

As FIGURAS 1 e 2 mostram graficamente a ativação do organismo nas três fases da SAG, caracterizando o “eustress” e o “distress”. (VASCONCELLOS, 1992).

Figura 1 – Respostas de Eustresse e Distresse

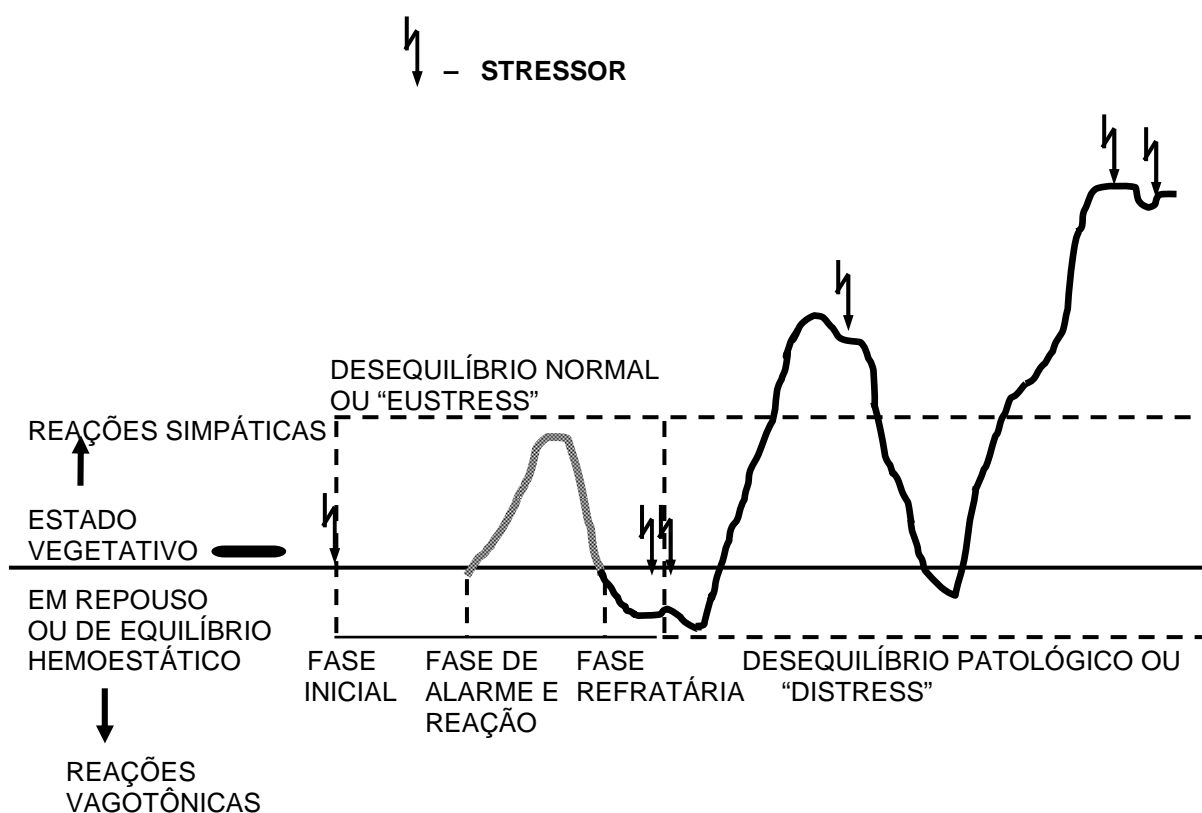
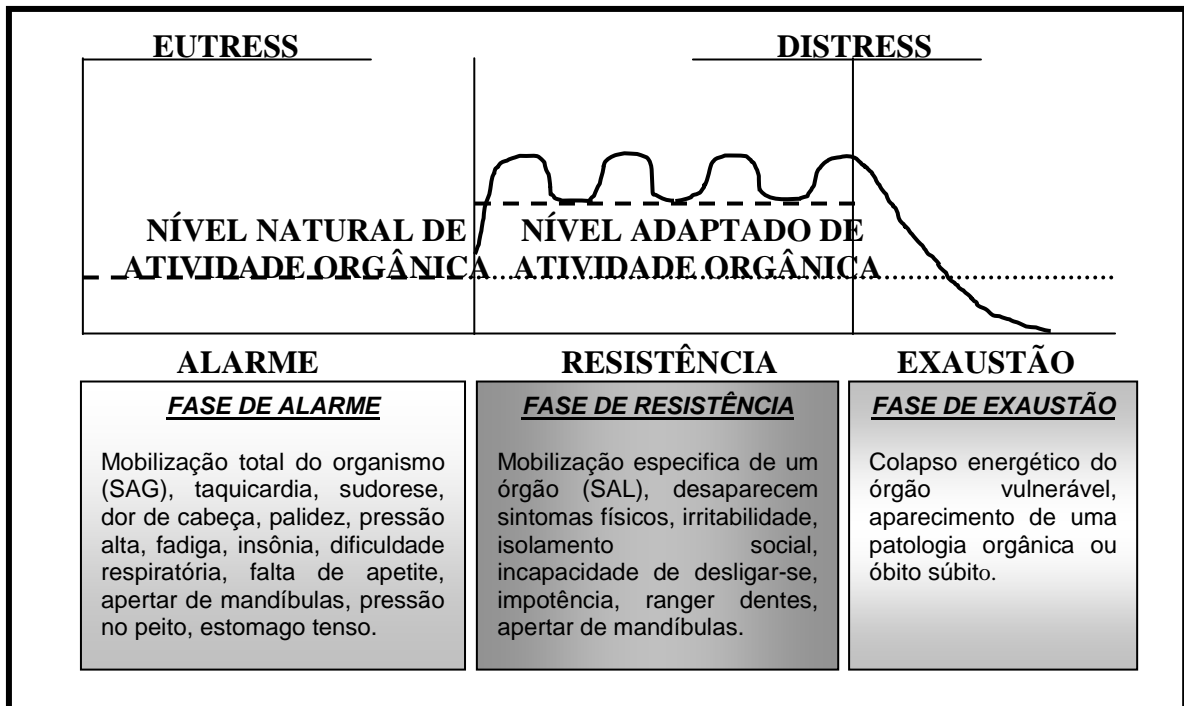


Figura 2 – Fases da Síndrome de Adaptação Geral



LAZARUS & FOLKMAN (1984) afirmam, ainda, que há diferenças entre os indivíduos e os grupos na sensibilidade e vulnerabilidade a certos tipos de eventos, bem como nas suas interpretações e reações. Tal afirmativa corrobora o estudo de LEVINE, et. al., (1978), que afirmam que não são apenas os estímulos ou o ambiente físico “per se” que determinam a resposta fisiológica ao estresse, mas, sim, a avaliação individual desses estímulos.

Por outro lado, a abordagem do estresse por uma perspectiva psicológica ganha novo enfoque. Estudiosos como LAZARUS & FOLKMAN (1984) afirmam que o termo estresse deve ser usado para um conjunto orquestrado de defesas corpóreas contra várias formas de estímulos nocivos, incluindo as ameaças psicológicas. Estes autores conceituam estresse psicológico como um relacionamento particular entre a pessoa e o ambiente, que é avaliado por ela como contribuindo ou excedendo seus recursos e arriscando seu bem-estar ou conforto, sendo esta avaliação mediada pelo sistema límbico. Os referidos autores também afirmam que, em algumas etapas da resposta orgânica ao estresse, pode haver influência do nosso aparelho psíquico como mediador da reação de estresse que será desencadeada.

LAZARUS & FOLKMAN (1984) abordam o estresse psicológico através

de dois processos que medeiam o relacionamento entre a pessoa e o ambiente: a avaliação cognitiva e o "Coping" ou enfrentamento. A avaliação cognitiva é um processo avaliativo que determina por que e a que grau uma transação entre a pessoa e o ambiente é estressante. O enfrentamento é o processo através do qual o indivíduo administra as demandas do relacionamento pessoa/ambiente avaliadas como estressantes e as emoções que elas despertam.

Este importante aspecto obriga-nos a repensar o próprio conceito de estresse. Ele não pode mais ser definido apenas como estímulo ou resposta. Adotando um modelo relacional, somos conduzidos a estudar não só o estímulo estressor e a resposta biológica a ele, mas também a maneira pela qual a pessoa avalia e enfrenta este estímulo, levando em consideração as características individuais destas pessoas e o tipo de ambiente no qual esta pessoa está. Pensando dentro deste princípio de relação, o estresse e suas conseqüências dependem de inúmeros fatores, da pessoa, do ambiente e da circunstância, assim como de determinada combinação entre eles.

Dentro desta perspectiva, o estresse deve ser definido como: "Uma relação particular entre uma pessoa, seu ambiente e às circunstâncias as quais está submetido, que é avaliada pela pessoa como uma ameaça ou algo que exige dela mais que suas próprias habilidades ou recursos e que põe em perigo o seu bem-estar".

Vale ressaltar que, mesmo havendo enfoque diferente quanto à abordagem do estresse por SELYE (1956) e LAZARUS & FOLKMAN (1984), estudos nas áreas de neurofisiologia, fisiologia cardiovascular, psiconeuroimunologia e psicofisiologia são unânimes em ressaltar as semelhanças dos mecanismos neurohumorais no desencadeamento do estresse. Ainda que as respostas a situações estressoras tenham características individuais, o estresse coloca-se sempre como um desafio e como um fator de risco à saúde.

Para BLACK (1995), o estresse é um estado de desarmonia no qual a homeostase está ameaçada, podendo ser provocado por estressores psicológicos, ambientais e fisiológicos. O estresse comanda os pensamentos e emoções que influenciam o Sistema Nervoso Central e o Sistema Imune, ativando assim o circuito bidirecional. Esta ativação ocorre via Eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal, que inicia uma cascata de reações por todo o organismo.

É oportuno lembrar outro importante pesquisador, LENNART LEVY (1971), que afirma: “O ser humano é capaz de adaptar-se ao meio ambiente desfavorável, mas esta adaptação não acontece impunemente”.

4.2.2. – Causas

O nosso conhecimento sobre o estresse aumentou consideravelmente graças aos estressados profissionais, médicos e psicólogos (principalmente), que conseguiram à base de muito esforço — estresse, portanto — desvendar e reunir um conjunto cada vez maior de conhecimentos a este respeito. O estresse é a raiz de uma infinidade de problemas econômicos, médicos e sociais.

O estresse pode ser desencadeado por uma variedade de diferentes situações tais como eventos emocionais, esforços, dor, fadiga, medo, humilhação, perda de sangue e até mesmo um grande sucesso inesperado. As condições estressantes são aquelas associadas com rápidas mudanças culturais, urbanização, migração, mobilidade socioeconômica ou incerteza no meio ambiente imediato. Atualmente a epidemia de doenças ligadas ao estresse coloca o médico frente a um dilema. Mais do que em qualquer outra profissão, recaem sob os médicos as conseqüências do aumento da tensão e da pressão na sociedade. Aproximadamente 50 a 75% de todas as consultas médicas estão absolutamente relacionadas com o estresse. O estresse deve ser tratado numa abordagem global, pois é um fenômeno subjetivo e multifatorial. Conseqüentemente, para que um medicamento funcione, é necessário um enfoque integrativo físico e mental. Esse tipo de atitude ajudaria a melhorar a saúde e a qualidade de vida, tanto nossa como a dos que nos cercam.

Hoje em dia, o homem raramente é confrontado com a necessidade de lutar ou fugir, uma vez que a maioria dos perigos que experimentamos não são ameaças físicas, que necessitam de ação imediata. Nós nos defrontamos mais freqüentemente com desafios psicológicos: discussões com a esposa ou chefe, tráfego lento, demora na fila do correio, pagamentos atrasados, desafios psicológicos repetitivos que necessitam de pouca ou nenhuma ação imediata. Mas, ainda assim, a mesma resposta de luta ou fuga é desencadeada. Nós lutamos contra as adversidades da vida moderna com armas pré-históricas!

A mudança está em toda parte. Mudanças importantes na tecnologia, ciência, medicina, ambiente de trabalho e estruturas organizacionais: mudança nos valores e costumes sociais, na filosofia e mesmo na religião. Na verdade, a única coisa que permanece constante é a mudança. Uma vez que estamos vivendo a era da mudança, não deveria ser nem uma surpresa o século XX ser chamado, algumas vezes, de "Século do Estresse", solicitando uma carga sem precedentes de adaptação, tanto dos jovens como dos mais velhos. Há 2000 anos atrás, o filósofo grego Pitágoras denominou a adaptação de "o dom da excelência do homem". Nunca antes o homem teve tanta necessidade de desenvolver este dom como agora, e muito mais necessitará nas décadas futuras.

Para que o idoso se sinta estressado, são necessárias as presenças de um agente estressor, de um estímulo qualquer que desencadeie algum tipo de reação ou de esforço para se adaptar à situação (RODRIGUES & GASPARINI, 1992). A investigação do nível de estresse dos idosos, a identificação das suas necessidades e do seu grau de satisfação, assim como a descrição dos estressores vivenciados pelos mesmos, tornam-se relevantes. O conhecimento e a compreensão destas situações poderão contribuir para melhoria da qualidade de vida do idoso e de seus familiares.

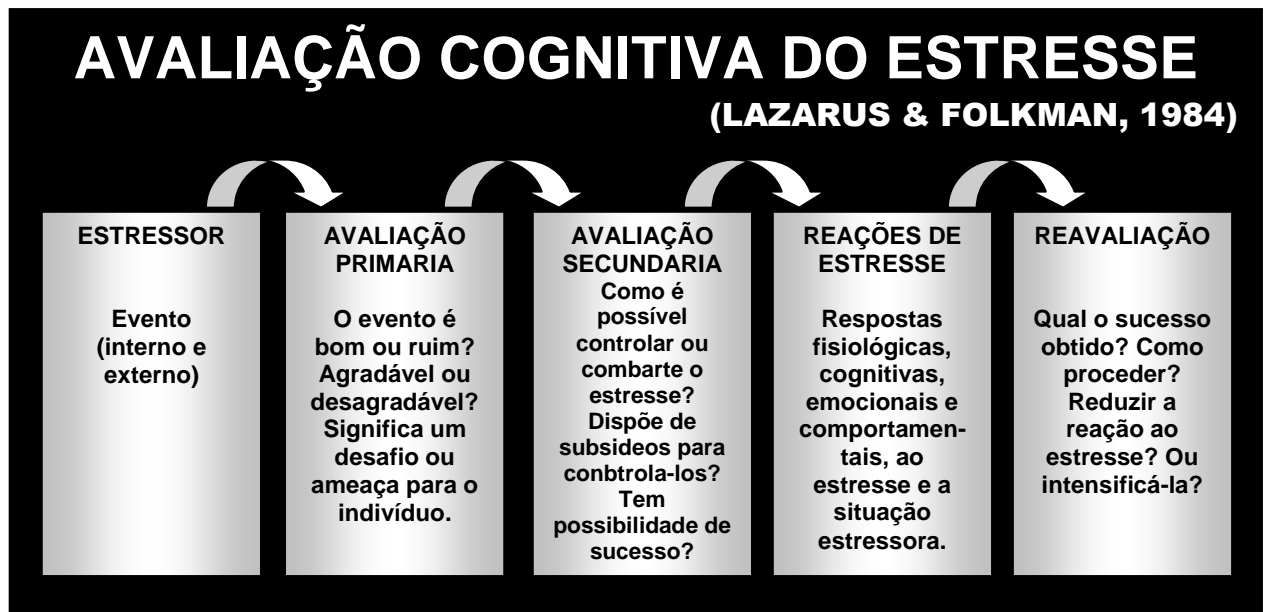
Os estudos de HANS SELYE (1986) e LAZARUS & FOLKMAN (1984) sobre o estresse e suas formas de enfrentamento – "coping" – fornecem as bases para a compreensão do fenômeno estresse vivenciado pelos idosos.

A capacidade mental alterada nas áreas cognitivas e comportamental interferem no desempenho das atividades cotidianas e das funções do idoso, no seu papel social e nas suas relações familiares. Uma das situações mais estressoras é a mudança de comportamento e a diminuição da memória e da capacidade de tomar decisões. Os profissionais de saúde devem desenvolver grupos de suporte aos familiares, pois esta atuação é positiva para o enfrentamento da situação com o idoso.

Seria impossível eliminar completamente todos os tipos de estresse. Fisiologicamente, a ausência total de estresse equivale à morte. O que devemos fazer é tentar diminuí-lo na sociedade e sensibilizar os indivíduos para os meios que possam ajudá-los a funcionar num nível adequado de estresse, em que o mesmo seja uma fonte positiva e não um empecilho negativo para o desempenho pessoal,

saúde e felicidade. O indivíduo precisa adquirir habilidades que lhe permitam adotar uma forma preventiva de agir mental e fisicamente, para aumentar a sua resistência e seu limiar para o estresse e, simultaneamente, eliminar o estresse desnecessário. Essa atitude baseia-se na modificação de alguns aspectos tanto de estilo de vida como de atitude.

Figura 3 – Avaliação Cognitiva do Estresse (LAZARUS & FOLKMAN, 1984)



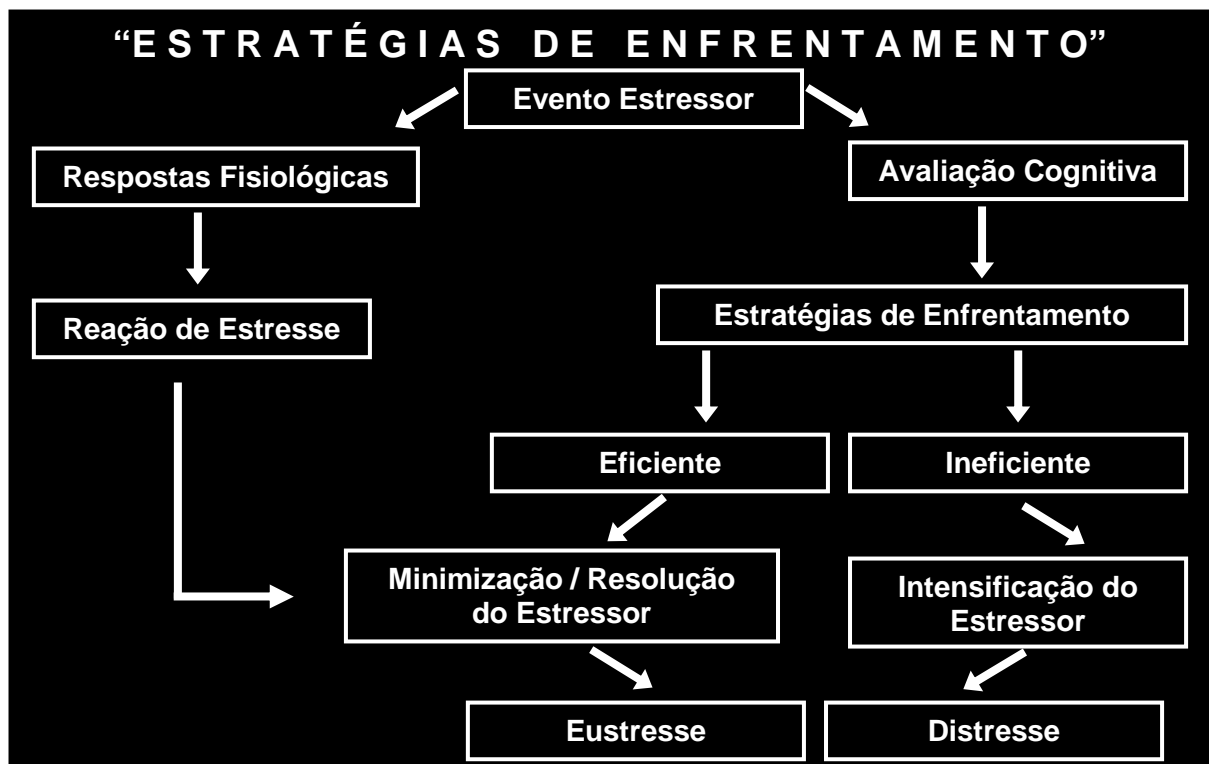
O estresse pode ser avaliado através de um processo de categorização do encontro entre o evento estressor e o sujeito, em seus vários aspectos, no que ele significa para o bem-estar da pessoa. O estresse ocorre quando o resultado inclui dano/perda, ameaça e desafio. A avaliação de desafio está voltada potencialmente para o ganho ou o crescimento, para emoções como animação e excitação. A ameaça centra-se no potencial danoso, em emoções negativas, como medo, ansiedade e raiva.

Quando a situação experienciada é avaliada como “perigo de dano ou perda”, ou, então, como “ameaça e/ou desafio”, o estímulo é reconhecido como estressor e desenvolverá todas as mudanças biológicas e psicológicas resultantes desta avaliação. Todavia, se o indivíduo reconhecer o estressor como uma pequena ameaça, ou se for capaz de utilizar estratégias que consigam controlá-lo, poderá minimizar o nível de estresse e até mesmo suprimi-lo. Poderá também ocorrer o inverso, ou seja, o estressor é avaliado como uma grande ameaça e as estratégias utilizadas para controlá-lo são ineficientes. Haverá, então, um considerável aumento

do nível de estresse. Entretanto, caso haja indisponibilidade de estratégias para enfrentar o estressor, haverá intensificação do processo de estresse, o que poderá desencadear desequilíbrios de saúde, levando a processos patológicos tanto físicos quanto psicológicos ou comportamentais.

O enfrentamento é um processo de mudança nos pensamentos e ações enquanto um evento estressante se desenvolve (LAZARUS & FOLKMAN, 1984). Portanto, é um processo mutante, pois em alguns momentos a pessoa vai depender mais de estratégias defensivas e, em outros, de estratégias de resolução de problemas. Este processo é o resultado de contínuas avaliações e reavaliações da relação pessoa-evento estressante. O enfrentamento pode ser centrado no problema, quando é direcionado para gerenciar ou alterar o problema causador da aflição, e na emoção, quando direcionado para regular respostas emocionais ao problema. O enfrentamento com foco na emoção é mais freqüente quando há uma avaliação de que nada pode ser feito para mudar as condições danosas, ameaçadoras ou desafiadoras do ambiente. O enfrentamento com foco no problema, por sua vez, ocorre quando as condições são avaliadas como passíveis de mudança.

Figura 4 – Estratégias de enfrentamento



Na presença de um estressor, a pessoa reage com uma resposta somática, apresentando a reação de estresse, e com uma resposta psicológica, buscando formas de enfrentamento. Se a forma escolhida e implementada for eficiente, ocorre a resolução do problema e o eustress; caso seja ineficiente, haverá intensificação e cronificação dos problemas e ocorrerá o distress. Portanto, para que uma estratégia seja eficiente, é preciso considerar a situação e o ambiente ou o contexto.

A todo instante estamos fazendo movimentos de adaptação, ou seja, tentando nos ajustar às mais diferentes exigências, seja do ambiente externo, seja do mundo interno, repleto de idéias, sentimentos, desejos, expectativas e imagens. O politraumatizado de um acidente de trânsito, a mãe que se preocupa com o filho, o operário que trabalha em um ambiente barulhento e perigoso para a sua integridade, o executivo que luta para cumprir os prazos, e o jogador de futebol, todos apresentam uma situação em comum – estão sob estresse, ou seja, com o denominador comum de todas as reações de adaptação do organismo.

Segundo SELYE (1956), os níveis adequados de estresse são definidos como os pontos em que o estresse aumenta a saúde e o desempenho do indivíduo, sendo a fase positiva do estresse. A angústia começa quando o estresse continua a aumentar, mas a saúde e o desempenho declinam, correspondendo à fase negativa do estresse. O funcionamento na faixa positiva resulta em vitalidade, entusiasmo, otimismo, perspectiva positiva, resistência às doenças, vigor físico, agilidade mental, boas relações pessoais, alta produtividade e criatividade. Na faixa negativa estamos propensos à fadiga, irritabilidade, falta de concentração, depressão, pessimismo, doenças, acidentes, incomunicabilidade, baixa produtividade e baixa criatividade.

Os estressores podem advir do meio externo, como frio, calor, condições de insalubridade e do ambiente social como trabalho, e do mundo interno, como pensamentos, emoções, angústia, medo, alegria e tristeza. Tanto um como outro tipo de estressor são capazes de disparar em nosso organismo uma série imensa de reações via sistemas nervoso, endócrino e imunológico, através das estimulações do hipotálamo e do sistema límbico.

As causas do estresse dependem de: **a)** fatores adaptativos: da intensidade e da frequência da mudança e de nossa capacidade de adaptação; **b)** frustração: raiva, desespero ou agressividade exteriorizados ou interiorizados; **c)**

sobrecarga: urgência de tempo, responsabilidade excessiva, falta de apoio, expectativas excessivas de nós mesmos e daqueles que nos cercam; **d)** estresse de privação: os processos mentais e emocionais podem resultar em estresse e doença, estando entre eles, a perda da auto-estima e as tarefas altamente repetitivas; **e)** hábitos alimentares inadequados: a depleção de determinadas vitaminas e sais minerais podem levar à ansiedade e fraqueza muscular; **g)** ruído: através da estimulação do sistema nervoso simpático, provocando irritabilidade e, por diminuir o poder de concentração, podendo dessa forma ter um efeito físico e/ou psicológico, ambos capazes de desencadear a reação de estresse; **h)** autopercepção da imagem que temos de nós mesmos, avaliando nossa própria força e valor; **i)** comportamento: é a forma como geralmente interagimos com o meio ambiente que pode nos predispor ao estresse e às doenças relacionadas por Friedman & Roseman; **j)** pessoas hipersensíveis à reação do estresse: devido à ansiedade têm a preocupação desnecessária, tornando tudo catastrófico, remoendo eventos desagradáveis do passado e tendo uma visão pessimista da vida; **k)** falta de controle: é a perda do controle real ou imaginária, em três categorias de pessoas, pertencentes a profissões com baixo nível de comando ou tomadas de decisões levando ao tédio e desamparo, a profissões que têm altas responsabilidades e baixos níveis de comando, e as que têm forte necessidade de controlar seu ambiente; **l)** tráfego; torna-se uma fonte de estresse diária e repetitiva se não for bem controlada, principalmente, por uma mudança de atitude; **m)** doença do fuso horário ("Jet-Lag"): as pessoas ficam sujeitas aos ritmos biológicos; **n)** estresse tecnológico: são aqueles de ambientes meramente tecnológicos; **o)** depleção de vitaminas e sais minerais: provenientes da dieta podem ser insuficientes durante períodos de estresse agudo ou crônico. MICHAEL (s/d).

Desta forma, as reações ao estresse entre os idosos podem ser das mais variadas, dependendo a que grupos específicos pertençam e da capacidade de adaptação que lhes é exigida (LIPP & ROCHA, 1994). Estes autores consideram que todo agente estressor, seja de origem agradável, como nascimento de um neto, ou um evento ruim, como um acidente de carro, produz uma reação no organismo no sentido de se adaptar à nova realidade. Este esforço é interpretado pelo organismo, mesmo que a pessoa não se conscientize disto, como uma luta que ele precisa travar. O mecanismo do processo de estresse não discrimina se a batalha é de

origem física ou emocional e, portanto, prepara o organismo do mesmo modo como se fosse para uma luta física. Segundo KOMPIER & LEVI (1995), as situações altamente competitivas, as elevadas exigências a que são submetidas determinadas pessoas idosas, os sentimentos de insegurança quanto ao futuro e, enfim, a associação deste conjunto de fatores pode conduzir ao estresse nos idosos, que assim podem ficar propensos a um maior risco de doenças físicas e mentais. As pessoas reagem ao estresse de forma diferente, algumas se aliviam das tensões fumando, outros bebendo ou comendo em demasia. Nesse sentido, o fator que pode influenciar no controle do estresse é o apoio social: cônjuges, filhos, netos, amigos e colegas podem ajudar a aumentar a auto-estima dos idosos, auxiliando-os a avaliar realisticamente a situação que estão vivendo.

Os indivíduos idosos tendem a reagir de forma diferente às situações, conforme seu modo peculiar de avaliar, o que por sua vez está na dependência direta da história e circunstâncias de suas vidas. A opção por uma forma de enfrentamento advém de predisposições constitucionais das primeiras experiências, de normas e valores introjetados e de circunstâncias atuais e passadas (CAMPOS, 1992; SOUZA, 1993).

A forma como as pessoas lidam com os eventos estressantes depende em grande parte dos recursos disponíveis e das restrições que inibem seu uso que podem ser pessoais, sociais e materiais. A disponibilidade de recursos varia de pessoa para pessoa, e também em uma mesma pessoa, de acordo com o estágio do desenvolvimento em que ela se encontra e da natureza do estressor (LAZARUS & FOLKMAN, 1984). Segundo estes autores, seria impossível catalogar os recursos utilizados para enfrentar as demandas da vida, mas identificaram categorias de recursos maiores entre os que são propriedade da pessoa, estando inclusos saúde (recurso físico), crenças positivas (recurso psicológico), e habilidades sociais e de resolução de problemas (competência). As categorias restantes são mais ambientais e incluem recursos materiais e sociais. O bem-estar físico é um importante recurso no processo de resolução dos eventos estressantes, por facilitar os esforços de “coping” (definido como os esforços cognitivos e comportamentais para controlar demandas internas ou externas específicas que são avaliadas como excedendo ou fadigando os recursos da pessoa). Mas pessoas que estão doentes podem usualmente mobilizar-se para o “coping”, quando o que está em jogo é de relevante

importância (LAZARUS & FOLKMAN, 1984).

Ver-se positivamente pode ser classificado como recurso psicológico para o processo de “coping”. Nesta categoria, incluem-se as crenças gerais e específicas que servem como base para a esperança que sustenta os esforços de “coping”, mesmo em face das condições mais adversas. A esperança pode ser encorajada pela crença generalizada de que os resultados são controláveis, tendo-se o poder de afetá-los. A esperança pode existir, quando crenças em um médico ou em um tratamento, por exemplo, fazem um resultado parecer possível, senão provável (LAZARUS & FOLKMAN, 1984). Entretanto, nem todas as crenças servem como recursos de “coping”. Na realidade, algumas podem interferir negativamente, o que em determinadas situações são estratégias utilizadas para diminuir a ansiedade. As crenças no destino desencorajam esforços de “coping” em problemas relevantes, por induzir o indivíduo a uma avaliação de que nada pode ser feito. Já a crença em um Deus punitivo pode levar o indivíduo a aceitar um evento estressante como um castigo, desencorajando-o a controlar ou modificar a situação (GOLDSTEIN, 1995).

As habilidades de resolução de problemas incluem procurar informações, analisar situações com o propósito de identificar o problema para gerar cursos de ação alternativos, pesar alternativas com respeito a resultados desejados ou antecipados, e selecionar e implementar um plano de ação apropriado. As habilidades para resolução de problemas são extraídas de recursos tais como experiências e conhecimento adquirido da pessoa, cultura à qual pertence, e sua habilidade cognitiva e afetiva de usar tal conhecimento de autocontrole. Nas habilidades sociais, a comunicação efetiva e o comportamento que facilitem a formação de vínculos consistentes propiciam a resolução de problemas em conjunto com outros, aumentando a possibilidade de se estar apto a pedir sua cooperação ou suporte, dando, em geral, ao indivíduo um maior controle das interações sociais (LAZARUS & FOLKMAN, 1984).

Quando se fala em resolução de problemas, são referidos também os recursos materiais, ou seja, bens e serviços que o dinheiro pode comprar. Pessoas com recursos financeiros, especialmente, se possuem a habilidade de usá-lo efetivamente, geralmente, saem-se muito melhor do que aquelas sem recursos materiais. Sem dúvida, recursos monetários aumentam muito as opções de “coping” em situações estressantes; eles provêm um acesso mais fácil e mais efetivo à

assistência legal, médica, financeira, lazer, e outras, diminuindo a vulnerabilidade da pessoa à ameaça, facilitando desta forma o “coping” efetivo (LAZARUS & FOLKMAN, 1984; GOLDSTEIN, 1995). Na velhice, os recursos financeiros geralmente tornam-se escassos. Além da aposentadoria diminuir consideravelmente a renda do indivíduo, os gastos com saúde tendem a aumentar, já que as doenças crônicas são mais comuns, exigindo medicamentos de uso contínuo que chegam a utilizar no seu custo cerca de metade da renda do idoso (LEPARGNE, 1999).

Dentre as condições apontadas como facilitadoras do “coping”, o suporte social parece ser de grande importância, pois refere-se a uma rede de ligações pessoais em que se trocam afeto e ajuda instrumental. Para LAZARUS & FOLKMAN (1984), suporte social implica a existência ou disponibilidade de pessoas com as quais alguém pode contar, que as fazem sentir-se importantes, valorizadas, amadas e protegidas; são comportamentos que permitem ao indivíduo perceber aumento em seu grau de controle pessoal sobre o ambiente. Entretanto, é necessário não confundir suporte social com interação social, pois nem todo relacionamento oferece suporte e alguns podem ser na realidade muito estressantes. Estes autores relatam que a presença de um relacionamento íntimo com alguém que sirva como confidente e a participação em organizações sociais podem estar correlacionadas com o bem-estar psicológico de pessoas idosas, parecendo servir como proteção contra perdas associadas à aposentadoria, viuvez e perdas sociais de um modo geral.

Segundo MORGADO et al., (1996), uma associação indireta entre suporte social e distúrbios psiquiátricos, quando o suporte social atua como um sistema de proteção aos indivíduos, atenuando o impacto dos eventos estressantes em suas vidas. Todavia, o suporte social é importante somente quando for percebido como adequado, isto é, conforme corresponda às necessidades experienciadas pelos idosos. Dentro desta perspectiva, o suporte social que incluir uma rede ampla de suporte emocional, informacional e instrumental provavelmente terá efeitos mais poderosos (DEPS, 1993).

Neste contexto, observa-se que as pessoas podem recorrer a vários recursos para enfrentar os eventos de vida estressante. As formas de enfrentamento (estilos de “coping”) são apreendidas e alteradas ao longo do curso de vida, sob a ação de fatores ligados à história do indivíduo e de seu grupo. A habilidade no uso dessas formas de enfrentamento parece guardar forte ligação com a saúde física e

mental das pessoas.

Além das fragilidades e limitações da própria idade, os idosos têm que lidar com fatores que os pressionam, às vezes sentindo-se coagidos a ter um número significativo de atividades no dia-a-dia, que podem não estar associadas às suas exigências pessoais, resultando em angústia e estresse.

As mudanças na rotina de nossa vida, mesmo aquelas bem vividas podem ser estressantes, tanto em termos de maneira pelo qual as percebemos como em termos da maior incidência de doenças físicas e mortes que ocorrem durante os 12 meses seguintes.

As variações individuais são importantes para que um acontecimento seja interpretado como estressante. Mas isto não significa que o componente situacional deva ser ignorado, ou que não seja investigado. DIAS (1994) cita que Holmes-Rahe criaram uma escala de acontecimentos estressantes (Anexo n.º 7). Os autores entrevistaram 394 pessoas de idade, de origens e classes variadas, solicitando que ordenassem a quantidade relativa de adaptação necessária para enfrentar uma série de acontecimentos da vida, denominando essa lista de "Escala da Readaptação Social". A classificação numérica foi o número médio de unidades que esses indivíduos atribuíram aos vários acontecimentos da vida, depois de lhes ser dito que o casamento equivalia a cinquenta unidades. Encabeçando a lista, figurou a morte de um cônjuge. Os referidos autores descobriram, posteriormente, que dez vezes mais viúvos e viúvas morrem durante o primeiro ano que se segue à morte de suas mulheres e maridos do que todos os outros em seus grupos etários; e que os divorciados têm um índice de doença doze vezes mais alto do que os casados no ano que se segue ao divórcio. Segundo os médicos, a mudança, seja para o bem ou para o mal, provoca estresse no ser humano, deixando-o mais suscetível às doenças.

Sabemos que as reações de estresse são naturais e até necessárias para a própria vida; no entanto, sob algumas circunstâncias elas podem tornar-se prejudiciais ao funcionamento do indivíduo. Um evento de vida torna-se estressor à medida que causa mudança ou exige que as pessoas reorganizem sua rotina normal, o que gera um desequilíbrio.

Nos países industrializados, o estresse tem sido considerado como um problema de Saúde Pública.

4.2.3 – Estudos Epidemiológicos

Dados epidemiológicos do Município de São Paulo, em 1992, considerados por Koizumi (1994), apresentaram as taxas de internações por TCE, sendo 62% dos pacientes adultos jovens, 18% crianças menores de 12 anos e 12% de idosos acima de 65 anos, havendo predominância do sexo masculino. Esta autora considerou, ainda, que o TCE, seja por violência ou acidente, constitui um importante problema de saúde pública no Brasil, chamando a atenção para o fato de 62% desta população pertencer ao grupo de adultos jovens, na faixa ainda produtiva, sendo o índice de mortalidade. Nos casos em que há sobrevivência, a internação hospitalar geralmente é longa, os familiares não participam do tratamento e, após a alta, passarão a compartilhar de todos os problemas do paciente.

Sousa (1995) mostra em seu estudo que 50% das pessoas politraumatizadas tem TCE associado e podem apresentar deficiências e incapacidades temporárias e/ou permanentes que ocasionam perdas ou alterações físicas e mentais. A autora ressalta ainda que a capacidade mental é afetada em atividades cotidianas e das funções do paciente, no seu papel social e nas relações familiares.

Dentro da relação enfermeiro/família, considero que o paciente com TCE internado na Terapia Intensiva apresenta-se em uma situação inesperada, imprevisível, de emergência, na qual frequentemente ocorre a perda de consciência e/ou incapacidade de comunicar-se com seu meio, situação esta que não escolheu e para a qual foi levado, na maioria das vezes, sem o conhecimento dos familiares.

Um estudo cuidadoso é a meta-análise conduzida por Mathieu e Zajac (1990). Em seu trabalho, estresse, motivação e satisfação no trabalho, foram considerados correlatos de comprometimento organizacional, um conceito definido basicamente como a identificação e o envolvimento de um indivíduo para com uma organização em particular (Mowday, Porter e Sters, 1982). A correlação média corrigida entre estresse e comprometimento foi $r = - 0.330$, sendo que o percentual de variância que permaneceu não explicitada foi considerada, em parte, devida à diversidade de instrumentos para a mensuração do estresse, entre os estudos. Os autores especulam, entretanto, que altos níveis de comprometimento podem levar ao estresse pela via das consequências negativas, uma vez que indivíduos altamente comprometidos podem ter dificuldades no desempenho dos papéis familiares e

estagnação na carreira.

Um dos pontos de concordância entre os diversos estudos na área de saúde ocupacional é o fato de que o estresse pode ter efeitos nocivos à saúde. É muito vasta a literatura relativa a esta questão e, por isso, neste trabalho, apenas serão considerados os efeitos do estresse ocupacional sobre a saúde física.

A relação estresse-saúde remonta ao início da descrição das doenças psicossomáticas, por volta do século XVIII. Com os trabalhos de Freud sobre a histeria de conversão, um tipo de neurose que se caracteriza pela simbolização do conflito psíquico através de sintomas corporais como as anestésias e as paralisias histéricas (Laplanche e Pontalis, 1970), as doenças psicossomáticas tornaram-se conhecidas popularmente. Flanders Dunbar e, posteriormente, Franz Alexander, desenvolveram perfis de personalidade propensas a doenças específicas. Para eles, emoções reprimidas resultantes de necessidades frustradas seriam responsáveis, por exemplo, pelo incremento da secreção de ácido gástrico, eventualmente produzindo úlceras.

A idéia de que conflitos específicos causem doenças específicas não recebeu apoio empírico. Uma crítica a este ponto de vista diz respeito ao fato de que as reações psicológicas são sempre vistas como não adaptativas, contrariamente às evidências hoje disponíveis pelos resultados de estudos sobre coping (Taylor, 1986).

Parece que a mais contundente de todas as críticas está relacionada à negligência com que foram tratados todos os demais fatores envolvidos no processo de surgimento e desenvolvimento da doença, como a patogênese orgânica, os antecedentes hereditários, o meio ambiente e a aprendizagem.

Reverendo as possíveis vias de associação entre estresse e doença de Monat e Lazarus (1985), encontramos correspondência com o modelo proposto por Taylor (1986). Neste modelo, a via do rompimento do equilíbrio dos processos corporais e alterações metabólicas corresponde ao que Taylor chamou “modelo direto” e “caminho interativo”. No modelo direto, precursores de doenças como a fadiga podem criar condições que aumentem a probabilidade do indivíduo adoecer, principalmente se fatores individuais e ambientais favorecerem esta relação. No modelo interativo, vulnerabilidades fisiológicas ou psicológicas pré-existentes combinadas ao estresse podem levar à doença.

A vida da utilização de formas de coping nocivas à saúde para lidar com o

estresse corresponde ao “caminho do comportamento ligado a saúde”, de Taylor. O modelo prevê o que estresse pode afetar indiretamente a saúde, por meio de mudanças nos hábitos dos indivíduos, ou pelo engajamento em formas de coping nocivas, como o abuso do álcool e o abandono de hábitos saudáveis.

Taylor define ainda o “modelo do comportamento ligado à doença”, segundo o qual os sinais de estresse poderiam ser tomados como sintomas de doenças para algumas pessoas, motivando-as a procurar o auxílio dos serviços de saúde, amigos ou familiares e funcionando, em si mesmos, como forma de coping pelos benefícios secundários que promoveriam.

Uma vasta área de pesquisa tem examinado a relação entre a ocorrência de eventos “estressantes” e a incidência de doenças e até morte súbita. Estes eventos caracterizariam-se por sua incontornabilidade e imprevisibilidade, além de determinarem grandes modificações na vida dos indivíduos. Para mensurar o efeito potencial destes eventos, Holmes e Rahe (1967) e Taylor (1986), desenvolveram a Escala de Avaliação de Readaptação Social (SRRS). A escala é constituída por uma relação de eventos, cada qual seguido de um valor a ele atribuído em função da soma de alterações que supostamente produziriam na vida das pessoas. Apesar de seu uso bastante difundido, muitas críticas são feitas ao instrumento, como a validade da ponderação dos eventos, sem levar em conta a experiência individual.

Em um estudo prospectivo, Niemcryck, Jenkins, Rose, e Hurst (1987) examinaram o efeito de variáveis psicossociais sobre os índices de doenças entre controladores de tráfego aéreo. Os resultados, além de confirmarem a relação positiva entre os estressores ocupacionais e a incidência de doenças, indicaram que escalas de auto-relato para ponderação subjetiva foram melhores preditores do que escalas já ponderadas. Outra limitação da SRRS é atribuída ao fato de se constituir em uma medida de auto-relato, encerrando uma diversidade de fontes de viés, como foi descrito anteriormente. Apesar de suas limitações, a SRRS e suas adaptações têm sido largamente usadas como uma medida objetiva do estresse.

O papel de “pequenos estressores” ou estressores diários no desenvolvimento de doenças e o seu possível efeito cumulativo sobre a saúde tem ultimamente se mostrado importante área de pesquisa. Estressores diários são demandas frustrantes e irritantes do cotidiano e incluem problemas práticos como a perda de objetos, acontecimentos fortuitos, questões financeiras e familiares. Por

outro lado, postula-se que as experiências agradáveis do dia a dia possam compensar os efeitos dos estressores do cotidiano (Kanner, Coyne, Schaefer e Lazarus, 1981).

Kanner e colaboradores (1981) desenvolveram um estudo para investigar o poder preditivo dos estressores diários e sua combinação com experiências agradáveis sobre a incidência de sintomas psicológicos, comparativamente à capacidade de predição de uma escala de eventos. Seus resultados demonstraram que os estressores diários foram melhores preditores que eventos e experiências gradaveis para a sua amostra. Os estressores diários contribuíram para a variância do nível de sintomas psicológicos independentemente de eventos. Isto indica que, embora os estressores diários possam desempenhar o papel de mediadores das conseqüências adversas de eventos de vida estressantes, eles não se constituem em uma conseqüência destes últimos.

O estudo de De Longis, Coyne, Dakof, Folkman e Lazarus (1982) apresentou resultados compatíveis com os de Kanner e colabarodes (1981). De acordo com a perspectiva fenomenológica-cognitivca desenvolvida por Lazarus, estes autores postularam que variáveis proximais – as que expressam pressões do aqui e agora – seriam melhores preditores de saúde física do que as variáveis distais – variáveis de constexto mais geral, independentemente de constituírem-se em eventos ou irritações do cotidiano. Os resultdos, além de confirmarem a independência dos estressores diários como fatores que influenciam o estudo de saúde à parte de eventos estressantes, mostraram pequena relação negativa entre freqüência e intensidde de experiência agradáveis e a ocorrência de doenças, o que fornece pouco apoio empírico à idéia de que estas experiências possam moderar os efeitos do estresse diário sobre a saúde.

Embora os estudos apontem para esta via de pesquisa como uma área promissora, é preciso considerar que estes envolvem três possíveis fontes de viés (Monroe, 1983): a) as escalas de estressores diários podem apresentar itens semelhantes ou idênticos aos de escala de sintomas psicologicos, confundindo variáveis dependentes e independentes; b) a presença de sintomas pode aumentar a probabilidade de ocorrência de estressores diários e c) indivíduos com distúrbios psicológicos podem lembrar ou registrar maiores níveis de estressores diairos na lentativa de explicar seus sintomas.

Os “estressores psicossociais”, referidos anteriormente como aqueles fatores antecedentes e correlatos de estresse presentes no ambiente de trabalho, desempenham perfeitamente o papel de estressores diários. Prova disto é que o Instituto Nacional de Saúde e Segurança Ocupacional dos EUA (NIOSH) compilou uma lista dos dez distúrbios de saúde relacionadas ao trabalho considerados de maior risco, tendo em vista a frequência de ocorrência e a morbidade. Os cânceres ocupacionais de etiologia física ou química surgem em primeiro lugar, seguidos de doenças cardiovasculares. Distúrbios psicológicos, incluindo neuroses e dependência química, também constam da relação (Levi 1990).

A relação entre estressores ocupacionais e saúde geral foi exibida no estudo de Schmitt, Coliigan e Fitzgerald (1980). Numa amostra de 826 empregados de 8 organizações, encontrou-se relações significativas, entre variáveis relativas ao trabalho (satisfação e sobrecarga de trabalho; variáveis relativas ao conflito de papéis; variáveis demográficas, incluindo número de dependentes, e apoio social); e a ocorrência de sintomas físicos (variável critério), conforme relato dos sujeitos.

Não obstante a limitação metodológica resultante da medida única para a variável critério, os resultados mostram que o sexo foi o mais importante correlato de sintomas percebidos, sendo que mulheres apresentavam maior incidência de sintomas que homens. Pressão no trabalho foi positivamente associada à ocorrência de sintomas, ao passo que satisfação com a supervisão mostrou relação negativa.

Muitos estudos têm demonstrado a influência de estressores no desenvolvimento de doenças como a hipertensão arterial (Schnael e colaboradores, 1990; House e colaboradores, 1979; Taylor, 1986; Gentry, 1984), doenças cardiovasculares (DCV) (Schnael e colaboradores, 1990; Karasck, 1990; Krinstensen, 1989; House e colaboradores, 1979; Taylor, 1986).

Pesquisas recentes têm sugerido vários processos fisiológicos pelos quais o estresse pode ter um efeito cumulativo no organismo, tornando mais provável a hipertensão arterial, definida como o aumento da pressão exercida pelo sangue sobre as paredes dos vasos sanguíneos.

Além de consistir em um problema de saúde em si, a hipertensão se constitui em um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, derrame cerebral e distúrbios renais. Uma pressão sanguínea elevada constantemente contribui para o endurecimento e o estreitamento das

arterias (aterosclerose), criando condições propícias ao agravamento do problema e ao surgimento de outros (Gentry e Kobasa, 1984). Estressores produzidos em laboratórios são eficazes para aumentar a pressão sanguínea em formas que se assemelham às mudanças fisiológicas verificadas em hipertensos crônicos (Taylor, 1986).

House (1979) encontrou relações positivas entre estressores ocupacionais e evidências clínicas de angina, úlcera péptica, sintomas neuróticos, alergias e hipertensão arterial entre trabalhadores semi-especializados.

Schnael e colaboradores (1990), relacionando tensão no trabalho e pressão sanguínea diastólica, confirmaram a hipótese de que trabalhadores expostos ao estresse ocupacional apresentam pressão diastólica mais elevadas que os seus pares.

Karasek (1990), em seu estudo sobre a influência da tensão no trabalho sobre a saúde, incluiu indicadores como a incidência de doença cardiovascular e problemas gastrointestinais. A relação entre controle exercido pelo indivíduo na situação de trabalho – sua definição da variável independente – e estes indicadores foi forte e negativa, mostrando que quanto maior o controle, menor a incidência de doenças cardiovasculares e problemas gastrointestinais.

A revisão da literatura realizada por House (1974) reforça a importância do papel de estressores ocupacionais no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, principalmente satisfação, auto-estima e pressão no trabalho, definida como a sobrecarga, a responsabilidade e a ambigüidade do papel ocupacional.

Kristensen (1989), em um excelente trabalho, revisou a literatura sobre a pesquisa epidemiológica em doença cardiovascular e ambiente ocupacional e concluiu, com base em estudos de bom nível metodológico, que há evidências de uma relação causal entre estressores ocupacionais e doença cardiovascular.

Estudos recentes têm encontrado relações entre emoções, estilos de enfrentamento e o desenvolvimento de úlceras pépticas, entendidas como lesões do trato gastrointestinal. Embora a pesquisa ainda não tenha definido um modelo que explique o surgimento das úlceras, postula-se que estas possam se desenvolver a partir: a) da hipersecreção de ácido gástrico resultante de uma forma inadequada de expressar emoções; b) do processo de tomada de decisão associado à ausência de

retroalimentação e c) de padrões inadequados de resposta fisiológica e psicológica ao estresse (Taylor, 1986).

Um último fato que fala a favor do papel exercido por fatores psicológicos no desenvolvimento e agravamento de doenças como úlceras, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares é a efetividade de técnicas de controle comportamental utilizadas em seu tratamento como, por exemplo, o biofeedback e o relaxamento (Taylor, 1986; Gentry e Kobasa, 1984).

A despeito de todas estas evidências, é improvável que uma única relação entre o ambiente ocupacional e a saúde explique todos os casos de doenças. Inúmeros são os fatores que permeiam a relação estresse-saúde modificando-a. sobre alguns deles discorreremos a seguir.

4.3 – Qualidade de Vida do Idoso

4.3.1 – Conceito

Qualidade de vida é um termo que tem sido utilizado com diferentes significados, sendo as suas definições tão numerosas quanto os métodos existentes para sua avaliação. Apesar da diversidade de definições e conceituações, nenhuma delas teve, até o momento, aceitação universal. Provavelmente, a falta de consenso a respeito do significado desse conceito se deva ao fato de que ele é um dos mais multidisciplinarmente usados, resultando em definições multifacetadas (FARQUHAR, 1995).

A expressão qualidade de vida une as palavras qualidade e vida, cada uma delas possuindo também inúmeros significados. Buscando no dicionário o sentido da palavra qualidade, percebe-se que ela pode ser empregada em várias acepções: propriedade, atributo, condição das coisas ou das pessoas capaz de distingui-las das outras e de lhes determinar a natureza; dote, dom, virtude, posição, função; escala de valores que permite avaliar e, conseqüentemente, aprovar, aceitar ou recusar qualquer coisa (FERREIRA, 1986).

A palavra vida, por sua vez, também carrega vários significados, mesmo quando unicamente centrada na existência humana. A vida humana pode ser referida como individual ou coletiva, como vida física, mental ou social, como vida cotidiana ou o curso completo da vida (SETIÉ SANTAMARIA, 1993).

FERREIRA (1986) define a vida, entre outras formas, como existência, espaço de tempo que decorre desde o nascimento até a morte, biografia, estado ou condição dos organismos que os mantêm em atividade desde o nascimento até a morte, tempo de existência ou de funcionamento de uma coisa.

O Grupo de Qualidade de Vida da (OMS), WHOQOL GROUP (1998), define qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Com essa definição, fica clara a posição da OMS quanto ao caráter subjetivo e multidimensional do termo e a inclusão de elementos positivos e negativos na sua avaliação (FLECK et al., 1999).

SETIÉN SANTAMARIA (1993) inclina-se por tomar a "qualidade de vida" como uma expressão indivisível, à qual é necessário atribuir um conteúdo claro e específico, mediante maior investigação e reflexão.

MUSSCHENGA (1997) afirma que o conceito de qualidade de vida pode ser aplicado em dois contextos: na avaliação comparativa da eficácia de tratamentos alternativos e nas decisões sobre o início ou prolongamento de tratamentos para a manutenção da vida. Ele propõe três abordagens diferentes, mas relacionadas, do conceito de qualidade de vida: 1) Qualidade de vida como funcionamento normal do homem; 2) Qualidade de vida como satisfação com a vida; e 3) Qualidade de vida como nível de desenvolvimento.

LAWTON (1991) define qualidade de vida na velhice "como uma avaliação multidimensional referenciada a critérios socionormativos (objetivos) e intrapessoais (subjetivos), a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente". O modelo de LAWTON (1991) incide sobre quatro áreas inter-relacionadas, bem-estar psicológico, qualidade de vida percebida, competência comportamental e condições ambientais.

O termo qualidade de vida foi, provavelmente, utilizado pela primeira vez na área da saúde, no editorial "Medicina e Qualidade de Vida", escrito por ELKINGTON (1966). Em meados dos anos 70, surgiram estudos clínicos em Oncologia, Reumatologia e Psiquiatria, que discutem o tema e colocam a questão de que "uma vida longa não é necessariamente uma boa vida" (FARQUHAR, 1995b). No banco de dados MEDLINE ("Medical Subject Headings of US National Library of Medicine-Computer Search System"), o termo qualidade de vida aparece a partir de

1977, quando foram encontradas 77 referências; de 1986 a 1994 foram registradas mais de 10 mil referências (PASCHOAL, 2000). Em levantamento realizado no banco de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) de 1982 até maio de 2000, foram computadas 745 referências ao termo, em geral; 19 referências de qualidade de vida em idosos e apenas 11 referências em idosos institucionalizados, mostrando que existe um número muito limitado de publicações específicas para o idoso na literatura latino-americana.

Só em 1985, a expressão qualidade de vida aparece pela primeira vez no *Index Medicus*. O conceito tem emergido como um atributo importante da investigação clínica e do cuidado ao paciente.

A qualidade de vida tem sido utilizada, com maior freqüência, para avaliar intervenções terapêuticas, condutas médicas e formular políticas de saúde. Na área de saúde, os indicadores tradicionais sempre foram expectativa de vida, morbidade e mortalidade; o tratamento oferecido aos pacientes tem sido, em geral, avaliado em termos do controle de sinais e sintomas e dos resultados de exames laboratoriais. Dada a natureza desses indicadores, não se consegue, por meio deles, avaliar o bem-estar subjetivo do paciente. A percepção do estado geral de saúde pelo próprio paciente está se transformando em um indicador importante a ser considerado, podendo também ser utilizado para avaliar as necessidades de saúde de uma dada comunidade (HUNT, 1980).

Assim, as Ciências da Saúde vêm incorporando, nos últimos anos, conceitos que cientistas sociais e economistas discutiam há muito tempo, levando a mudanças na perspectiva da avaliação. À impressão do pesquisador, passa-se a incorporar uma outra avaliação, cujo julgamento é dado pelo indivíduo, pois ele é quem está diretamente envolvido e pode avaliar subjetivamente sua situação (LAWTON, 1983; FARQUHAR, 1995a; TAMBURINI, 1998).

Segundo TESTA & SIMONSON (1996), as avaliações de qualidade de vida, relacionada à saúde, medem alterações na saúde física, funcional, mental e social, a fim de estimar os recursos humanos e financeiros, e a necessidade de intervenções e de implantação de programas de saúde. Os autores complementam, enfatizando que os domínios físicos, psicológicos e sociais da saúde são influenciados pelas expectativas, experiências, crenças, percepções e satisfação do indivíduo.

NORDENFELT (1994b), caracteriza o conceito subjetivo de qualidade de vida como a felicidade com a vida ou a alegria de viver, definindo a felicidade como uma espécie de bem-estar. MARTINS et al. (1996) referem que a qualidade de vida é um conceito intensamente marcado pela subjetividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, sejam físicos, psicológicos, sociais, culturais ou espirituais. FORATTINI (1991) explica a subjetividade, dizendo que o estado de satisfação ou insatisfação com a qualidade de vida constitui uma experiência de caráter pessoal.

4.3.2 Causas

A aspiração por uma vida com qualidade é, certamente, tão antiga quanto a humanidade. Desde sempre, os seres humanos vêm-se preocupando com a busca da felicidade, do bem-estar, do prazer, numa constante luta pela satisfação de suas necessidades e alcance de sua plenitude (ZHAN, 1992; SETIÉN SANTAMARIA, 1993).

Qualidade de vida é um tema que tem ocupado lugar de destaque na discussão sobre o envelhecimento. NERI (1993) destaca, como de grande importância científica e social, a investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como sobre as variações que este estado comporta.

A qualidade de uma vida cada vez mais prolongada tem sido alvo de muitos questionamentos e preocupações. Espera-se que o prolongamento da vida, por todos almejado, seja vivenciado com qualidade e vitalidade e não acompanhado por isolamento social, pobreza e problemas de saúde advindos de múltiplas afecções concomitantes, causadoras de dependência física e psíquica.

A literatura gerontológica vem apresentando conceitos de envelhecimento como "velhice bem sucedida", "qualidade da velhice", no sentido de satisfação de vida e estado de ânimo, forma de tentar medir o bem-estar (LAWTON, 1975; NERI, 1993; BOWLING, 1995). Para NERI (2000), o conceito de velhice bem sucedida envolve os seguintes aspectos: realização do potencial para o alcance do bem-estar físico, social e psicológico, avaliado como adequado pelo indivíduo e pelo seu grupo etário, tendo como parâmetro as condições objetivas e os valores sociais,

fundamentado no que seria desejável para que as pessoas pudessem realizar seu potencial; e a manutenção da competência funcional em domínios selecionados, por meio de mecanismos de compensação e otimização.

Segundo OLESON (1990) e FERRANS & POWERS (1992), o principal determinante no julgamento negativo ou positivo da qualidade de vida é a percepção subjetiva do nível de felicidade e de satisfação em relação aos diferentes aspectos da vida. Os autores afirmam que os conceitos de felicidade e satisfação são relacionados, mas não são idênticos e, em algumas circunstâncias, podem até ser antagônicos; a felicidade é uma experiência afetiva, aparece como um sentimento transitório de euforia ou alegria, enquanto a satisfação é uma experiência cognitiva e implica julgamento de longo prazo a respeito das condições de vida.

No que concerne às peculiaridades psicossociais do envelhecimento, elas estão centradas em um conjunto de fatores como a emancipação dos filhos, o processo da aposentadoria que leva ao desengajamento social, à possível viuvez, às doenças e à perda da autonomia e da independência. Estes processos geram uma necessidade de adaptação e de aquisição de novos papéis e comportamentos. A maneira como cada indivíduo gerencia o enfrentamento e a tentativa de solução dessas novas situações é que conduz o desempenho social dos idosos (GATTO, 1996; DOMINGUES, 1997; GAVIÃO, 1997).

As atividades psicossociais estão voltadas para os relacionamentos interpessoais, para as atividades e os interesses de cada indivíduo. Os fluxos de investimento de energia psíquica nos “objetos” perdem suas forças em decorrência das pressões da realidade, como as perdas físicas por processos patológicos, o luto, a depressão, o luto de si mesmo e a não aceitação da finitude da vida (DOMINGUES, 1997; GAVIÃO, 1997).

Às transformações físicas somam-se as transformações psíquicas e sociais, uma vez que o envelhecimento não é apenas um fenômeno biológico, mas sim bio-psico-sócio-cultural e espiritual. Além do receio da senilidade e decrepitude, as pessoas não aceitam o envelhecimento por não encontrarem um papel para si mesmas na sociedade.

No contexto da organização social, a família, como instituição, é legalmente considerada a responsável por prover os cuidados necessários a seus membros idosos. No seu conceito mais amplo, é constituída por pessoas interligadas

por escala de valores e desempenho de papéis determinados e sucessivamente delegados aos descendentes (OLIVEIRA, 1985). O número crescente de separações conjugais, a progressiva inserção da mulher no mercado de trabalho, a qual também passa a ser o arrimo de família, e o processo de migração às áreas urbanas são transformações pelas quais vem passando a estrutura familiar, que acabam por dificultar ou até mesmo impossibilitar a família de prestar cuidados aos parentes idosos e ou doentes (VERAS et al., 1987). VERAS (1994) complementa que os sistemas informais de apoio que consistem nos parentes, vizinhos e amigos, estrutura social que foi por muito tempo o referencial maior de apoio na comunidade, estão passando por transformações nos dias atuais. Tais sistemas tendem a diminuir, do mesmo modo e pelos mesmos motivos que estão levando a mudanças na estrutura familiar tradicional. Acrescentando a isso a falta de alternativas assistenciais específicas, como o hospital-dia, os idosos acabam sendo colocados nos asilos e retirados do convívio familiar.

No Brasil houve o prolongamento da vida, formando uma população idosa significativa, mas pode-se questionar se houve também o prolongamento da vida ativa deste grupo, que se traduz pela inclusão desses idosos na vida comunitária, permitindo-lhes assim ter uma vida social e economicamente produtiva. Para VERAS (1994), a precariedade dos programas e dos serviços sociais de saúde no Brasil é decisiva para uma baixa qualidade de vida da população idosa carente. Isto demonstra que o envelhecimento transcende o problema pessoal, passando para a esfera social e, como tal, suas implicações envolvem a sociedade como um todo (SANTOS & SILVIA, 1993).

PAPALÉO NETTO & PONTE (1996) afirmam não ser justo nem humano, “somente prolongar a vida dos que já ultrapassaram a fase de homens adultos, quando se não lhes dá condições para uma sobrevivência digna. Sob este aspecto não há dúvida ao se afirmar que é melhor acrescentar vida aos anos a serem vividos do que anos à vida precariamente vivida”. KALACHE (1996) complementa dizendo: “envelhecer é um triunfo, mas para gozar a velhice é preciso dispor de políticas adequadas que possam garantir um mínimo de condições de qualidade de vida para os que chegam lá”. NERI (2000) coloca, ainda, que “a qualidade de vida na velhice depende de muitos elementos em interação constante ao longo da vida do indivíduo. Depende das condições físicas do ambiente; das condições oferecidas pela

sociedade, relativas à renda, saúde, educação formal e informal; de existência de redes de relações de amizade e de parentesco, do grau de urbanização e das condições de trabalho; das condições biológicas propiciadas pela genética, pela maturação, pelo estilo de vida e pelo ambiente físico".

Estas condições são objetivas, porque podem ser medidas por fontes externas.

A qualidade de vida depende da percepção do próprio indivíduo das condições objetivas e do efeito destas sobre o seu bem-estar subjetivo. Pode-se, assim, verificar que existem pessoas com boas condições objetivas, segundo os parâmetros sociais, mas cuja percepção de qualidade de vida é por eles tida como ruim, ao passo que outras, em condições físicas, econômicas e sociais precárias, se dizem satisfeitas com sua vida.

CLARK & BOWLING (1989), em um estudo observacional em casas de repouso de idosos, constataram que qualidade de vida não se limita à habilidade funcional, ao nível de atividade, ao estado mental, ou à longevidade, mas abarca os conceitos de privacidade, liberdade, respeito pelo indivíduo, liberdade de escolha, bem-estar emocional e manutenção da dignidade.

Para uma boa qualidade de vida na velhice, NERI (2000) acrescenta outros fatores como satisfação, controle e eficácia cognitivos, competência social, produtividade, atividade, *status* social, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade das redes de relações informais. São elementos extremamente importantes que resultam da história de vida pessoal e que dependem das condições existentes no grupo social, num dado momento histórico. A autora destaca ainda que, para os idosos, a qualidade de vida associa-se também ao significado atribuído às condições objetivas com que contam no momento, em comparação com as que tinham no passado, à satisfação, ao envolvimento e ao senso de realização; à motivação e à avaliação global da velhice e da competência social e cognitiva feita pelo idoso. Frisa que esse conjunto de eventos é relativamente independente dos indicadores objetivos de qualidade de vida (NERI, 1993).

Assim como para qualquer pessoa a qualidade de vida é importante, também, e principalmente, é para o idoso. Sabe-se que, com o passar da idade, as capacidades funcionais diminuem e as limitações aumentam gradativamente,

advindo, com isto, as dificuldades de se manter a excelência física e mental. Entretanto, sempre existe a possibilidade do idoso conviver bem com doenças crônico-degenerativas e ter uma percepção satisfatória de sua saúde, manter o equilíbrio mental e continuar com suas atividades sociais, culturais e religiosas. NERI (1993) afirma que "envelhecer satisfatoriamente depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, o qual lhe possibilitará lidar, em diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento".

Sabemos que nossa sociedade penaliza os idosos com a falta de recursos comunitários e institucionais para atendê-los em suas necessidades básicas de saúde, de segurança e de apoio psicossocial.

Por outro lado, as famílias brasileiras enfrentam sérios problemas de moradia, de emprego e econômicos, tendo dificuldades em sustentar os idosos e incorporá-los a uma dinâmica familiar já tumultuada e trepidante, sobretudo nos centros urbanos.

Mudanças, transformações, tristezas, alegrias, conquistas e fracassos aparecem em todo percurso vital. Em qualquer idade, é preciso reconhecer e saber aproveitar as oportunidades que aparecem, até ao enfrentamento da última cartada com a "morte" libertadora, conduzindo a uma nova dimensão de vida. Perdas como as de entes queridos, do status social e profissional, de um corpo jovem e bonito, da energia vital, da atração sexual, da flexibilidade reativa, do entusiasmo pela vida existem realmente. Entretanto, cabe superá-las por novas conquistas, como a de um estado de serenidade ao enfrentar a vida, maior maturidade para compreender os outros, ampliação de sensibilidade em perceber o que é essencial, afetividade e humanismo no convívio social, dedicação à comunidade e descoberta de novas habilidades. Nada vale contarmos os anos sem termos fatos, amores, dores, conquistas e vitórias para ilustrar nossa história.

Quanto à mensuração da qualidade de vida, seguramente, ela não tem a mesma precisão dos dados bioquímicos, das taxas de sobrevivência ou de outros indicadores objetivos. Entretanto, já existem métodos cientificamente documentados e validados de mensuração, como os instrumentos construídos sobre escalas objetivas, que permitem quantificar dados tidos como subjetivos. Estas escalas variam na abordagem e na forma de apresentação e são aplicadas isoladamente ou associadas, podendo fornecer medidas globais e específicas de qualidade de vida.

Em geral, os estudos abordam aspectos relativos à condição física e aos sintomas apresentados (dor, fadiga); condições sociais (em relação a familiares e amigos) e no trabalho; aspectos psicológicos (depressão, estresse, ansiedade, auto-estima e auto-imagem) e aspectos espirituais (SCHIPPER & LEVITT, 1985; WARE & SHERBOURNE, 1992).

Existem inúmeros instrumentos genéricos e específicos para mensuração de qualidade de vida, a maioria deles desenvolvidos nos Estados Unidos e na Europa. No Brasil, encontram-se, hoje, traduzidos e validados para a realidade brasileira, os seguintes instrumentos utilizados internacionalmente: o "The Medical Study 36-item Short – Form Health Survey" (SF-36), traduzido e validado por CICONELLI (1997); o "WHOQOL 100" o "WHOQOL bref", por FLECK et al (1999); o "FERRANS & POWERS Quality of Life Index", por KIMURA (1999); o "Quality of Life Scale" de Flanagan, por NASSAR & GONÇALVES (1999) e o "Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant imagé-AUQEI", por ASSUMPÇÃO JUNIOR et al., (2000). À exceção deste último, concebido para aplicação em crianças de 4 a 12 anos, todos os demais poderiam ser utilizados em pessoas idosas, embora nenhum deles contemple a especificidade desse grupo etário. Encontra-se em andamento estudo conduzido por PASCHOAL (2000), para o desenvolvimento e validação de um instrumento específico para avaliação da qualidade de vida do idoso. O viver bem se refere a ter uma qualidade bem equilibrada em todas as áreas. Teste a sua qualidade de vida do momento respondendo ao Inventário de Qualidade de Vida. Ao elaborar seu plano de controle do estresse, inclua a melhoria de sua qualidade de vida como um dos objetivos. As pessoas que se consideram realmente felizes no quadrante afetivo podem dizer que a qualidade de vida no momento acima de oito pontos indica sucesso na área afetiva (LIPP, 1994).

Apesar do bom desempenho psicométrico apresentado por esses instrumentos nos estudos iniciais, demonstrando condições de sere entre nós, todos eles devem, ainda, ser estudados quanto às suas proç medida em diferentes situações e regiões socioculturais do país.

CAPÍTULO 5. UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE

As Universidades da Terceira Idade, ou universidades interidades, ou de todas as idades, ou do tempo livre, ou dos idosos, não importa o nome, estão cada vez mais disseminadas pelo mundo, constituindo-se o lugar ideal da aprendizagem das pessoas idosas. Jacques Lefèvre afirma que o envelhecimento demográfico é um rejuvenescimento social, porque as pessoas se aposentam mais jovens e em melhores condições de saúde que seus predecessores (boletim n.º 1 da associação, editado em janeiro de 1994). Além disso, a esperança de vida não cessa de aumentar. Hoje em dia, num bom número de países desenvolvidos, vive-se mais tempo após a aposentadoria do que antes do início da vida profissional.

Relacionamentos humanos construtivos e ambientais adequados podem fazer muito para prevenir ou inverter as alterações mentais que diversas vezes se consideram, erroneamente, como senilidade (GOMES, 1999). Há necessidade de que as cidades tenham e estimulem pontos de encontros e centros de convivência para pessoas idosas, assim como a criação de Universidades Abertas da Terceira Idade, facilitando-lhes a aproximação e desenvolvimento socioeducativo. As Universidades Abertas da Terceira Idade, que já funcionam em várias cidades do país, constituem importantes centros de atividade e integração social dos idosos. Ela diminui a depressão, a solidão, a sensação de inutilidade e até mesmo a demência (GOMES, 1999). A Universidade Aberta da Terceira Idade procura acompanhar o idoso que, com o aumento da sua perspectiva de vida, vê transformada sua própria história e seu contexto social, lutando assim pela consolidação da conquista dos direitos sociais, asseguradas na constituição de 1988.

Os responsáveis pela educação na terceira idade devem proporcionar aos idosos oportunidades para que esses desenvolvam suas experiências e se

preparem para intervir na resolução de problemas sociais, tornando-se, desse modo, orientadores, mediadores dos companheiros de outras gerações; criar um novo *status* e novos papéis para os idosos, permitindo-lhes ser, integralmente, junto com outras pessoas, os criadores de uma nova sociedade, de uma nova economia, de uma nova cultura.

SÁ (1999) esclarece a terminologia utilizada para identificar esses programas. A *Universidade da Terceira Idade* é um termo universal que teve origem na França, Toulouse, em 1972, e foi aperfeiçoado no Brasil, correspondendo a um curso de extensão universitária e de atualização cultural voltado para um segmento específico da população numa perspectiva de educação continuada. Do ponto de vista epistemológico, alerta a pesquisadora, o curso apresentaria uma contribuição interdisciplinar. Na universidade da terceira idade, ter-se-ia a contribuição das várias ciências e disciplinas para um projeto comum, tornando acessível o *universo do saber* à população adulta e de terceira idade. Por isso, entende Sã que aquela instituição deve estar, necessariamente, atrelada a uma instituição de nível superior, pois esse é o lugar da investigação, da sistematização e da transmissão do conhecimento, idéia compartilhada pela pesquisadora.

Já a *Universidade Aberta à Terceira Idade* seria aquela que apresenta propostas que se aproximam, em maior ou menor grau, do modelo teórico da universidade da terceira idade, com algumas adaptações, ou, ainda, as que organizam seus currículos através de matérias ou disciplinas, nos moldes tradicionais, acrescentando-se oficinas. Pode estar voltada para núcleos de estudos gerontológicos e geriátricos, ou apresentar cursos isolados de extensão tanto para idosos como para profissionais; cursos de pós-graduação; núcleos de pesquisa; cursos de aperfeiçoamento em gerontologia e geriatria. Esse modelo abarcaria as mais variadas terminologias: *universidade para a terceira idade; com a terceira idade; programa terceira idade* e outras (SÁ, 1999).

Existe, ainda, um terceiro modelo, originário de Nanterre – França, que corresponde à *universidade para a terceira idade*. Trata-se da abertura de cursos regulares aos alunos veteranos, oferecendo vagas em determinadas disciplinas, que são cursadas com vistas à obtenção de certificados de estudos, sem direito à contagem de créditos na universidade. Essa modalidade permite a interação entre as gerações.

DEBERT (1997) sintetizou em três as representações normalmente presentes nos programas para a terceira idade que visam à promoção da auto-estima dos idosos e à luta contra os preconceitos: primeira, a dívida social que os mais jovens e a sociedade, como um todo, têm para com o idoso. Deve ser reconhecida e paga, de forma que promover uma velhice bem-sucedida é uma questão social nesses contextos; a segunda, a outra representação, constrói o idoso como detentor de uma experiência única, de uma história que deve ser passada e ouvida com atenção pelos mais jovens, sendo a memória, nesses contextos, um bem valioso que deve ser preservado pela nação e pelo indivíduo; a terceira representação tem por objetivo a criação de uma imagem positiva de velhice e envelhecimento, buscando redefinir o que é essa experiência, transformando-a em um período privilegiado da vida em que a satisfação e o prazer encontram o auge e podem ser vividos de maneira mais madura e proveitosa.

5.1 – A Universidade da Terceira Idade no Contexto Mundial

Na França, nos anos 50 e 60, o aumento da população idosa deu origem a várias alternativas educacionais para pessoas recém-aposentadas. É francesa, inclusive, a denominação *terceira idade*, com referência a uma nova etapa de improdutividade no curso de vida (a primeira é a infância). Essa foi a denominação depois amplamente adotada para designar um modelo de escola aberta a adultos maduros criado pela universidade francesa.

Com a intensificação do seu processo de envelhecimento populacional, a França e os Estados Unidos foram pioneiros em criar oportunidades educacionais para o idoso nos anos 70. Os modelos criados nesses países difundiram-se em poucos anos por todo o mundo, contribuindo para a institucionalização de uma nova etapa no curso da vida e criando oportunidade para a realização de investigações e experiências de trabalho com adultos mais velhos e idosos.

O modelo precursor das universidades francesas para a terceira idade existia desde os anos 60, envolvendo a oferta de atividades culturais e de incentivo à sociabilidade, tendo como objetivo ocupar o tempo livre dos aposentados e favorecer as relações sociais entre eles. Nessa época, não havia ainda uma preocupação com programas dirigidos à educação permanente, educação em saúde

ou assistência jurídica, e, sim, em promover atividades ocupacionais e lúdicas, motivo pelo qual essa primeira geração de Universidades da Terceira Idade foi significativamente denominada “Universidades para o Tempo Livre” (LEMIEUX, 1995).

As Universidades da Terceira Idade receberam esta denominação por ocasião de sua criação em Toulouse, na França, em 1973, pelo professor de Direito Internacional PIERRE VELLAS. A população francesa dispunha, na época, de esperança de vida maior e de qualidade de vida relativamente melhor do que as gerações anteriores, tendo a expectativa e necessidade de ocupar o tempo livre ganho com a aposentadoria em atividades novas, variadas, desafiadoras e produtivas (LEFÊVRE, 1993). Segundo Pierre Vellas, tirar os idosos do isolamento, propiciar-lhes saúde, energia e interesse pela vida e modificar sua imagem perante a sociedade foram, desde o início, os objetivos do programa. Segundo Vellas, é possível compensar todo o tipo de dificuldade decorrente da idade e obter novas possibilidades de vida e bem-estar, graças a uma ação apropriada composta de vida social, exercícios físicos, atividades culturais e medicina preventiva (VELLAS, 1997).

A denominação Universidade da Terceira Idade está relacionada à analogia do início da história das universidades no tempo medieval, em que as aulas eram conferências procuradas pelos indivíduos interessados. Igualmente, a Universidade da Terceira Idade surgida no final do século XX oferece a pessoas idosas, através de palestras ou similares, oportunidades de estudo e acesso ao saber mais avançado. Assim, o campus universitário abre suas portas para pessoas que desejam atualização de conhecimento, independentemente de seu histórico escolar anterior, exigindo apenas que os inscritos saibam ler e escrever, sendo que em algumas universidades, nem tal habilidade é requerida.

Existem diversas denominações com relação aos centros educativos da terceira idade, tais como: Universidade da Terceira Idade; Universidade dos Idosos, dos Aposentados ou dos *Seniors*; Universidade de Todas as Idades ou Para Todos; Universidade do Tempo Livre ou do Tempo Disponível; Universidade Aberta à Terceira Idade; e outras. Com o propósito de se ajudarem mutuamente, as instituições que foram surgindo organizaram-se desde 1975 numa Associação Internacional, a “*Association Internationale des Universités du Troisième Age* (AIUTA)” com sede na Bélgica que, segundo seus estatutos, “agrupa instituições

universitárias que, em qualquer parte do mundo, contribuam para a melhoria das condições de vida dos idosos, para a formação, a pesquisa e o serviço à comunidade”. Em 1999, conta com mais de cinco mil instituições catalogadas no mundo.

Analisando numa perspectiva histórica a evolução da instituição em exame, inúmeras Universidades Europeias de Terceira Idade emergiram de universidades convencionais, integrando-se totalmente às mesmas, apresentando o triplo objetivo atribuído às universidades em geral, ou seja, ensino, pesquisa e extensão. Já outras só mantêm relações de pesquisa, de colaboração científica, de ensino e de ação social. O papel universitário de ensino concretiza-se pela adoção de atitudes de participação ativa na vida cultural, social, econômica e política, através de conferências proferidas por especialistas, seminários e oficinas de pesquisa e pesquisa-ação (LOUIS, 1993). Em relação à pesquisa, este instrumento objetiva o aprimoramento das condições do envelhecimento, bem como a reflexão sobre o envelhecimento populacional e seu impacto na sociedade. Preocupa-se com a experiência acumulada pelos idosos, como também com reduzir o impacto das mudanças rápidas que se vêm desencadeando, oferecendo aos idosos a oportunidade de serem agentes de desenvolvimento. Finalmente, na extensão, a Universidade da Terceira Idade assegura seu papel através de uma tríplice função, ou seja, (a) prevenção — propiciar o prazer de aprender e permitir também uma atividade cerebral, que evita a redução da eficiência intelectual, fonte de envelhecimento; (b) social — lutar contra a solidão e o isolamento, criando um novo contexto social que permita a cada um reencontrar uma identidade, e (c) criação — atender aos aposentados, liberando-os para a função de atores de sua própria vida.

Embora com a designação de Universidades, tais instituições inicialmente caracterizavam-se, administrativamente, como cursos ou atividades de extensão e aperfeiçoamento, o que, em determinados casos, perdura até a atualidade. Mas elas têm apresentado, ao longo do tempo, alguns desdobramentos nas modalidades, formas de estrutura e funcionamento. Devido à grande aceitação popular, as Universidades da Terceira Idade europeias abriram também as portas para pessoas acima de 45 anos, que soubessem, no mínimo, ler e escrever, enquanto outras decidiram atender somente a pessoas acima de 60 anos, com qualquer tipo de escolaridade. Já outras instituições objetivam oferecer aos idosos, ou aos que se

“preparam para ser idosos”, oportunidade para dar seqüência à sua interação social e profissional, bem como contribuir para que realizem, nesta etapa da vida, um relacionamento mais satisfatório. Da mesma forma, algumas instituições orientam-se para estimular ou desenvolver atitudes de participação na vida social, econômica, política e cultural. Desse modo, através de uma educação permanente, os de mais idade teriam acesso a oportunidades, até então somente ou prioritariamente, direcionadas aos jovens. Tal processo proporcionaria ainda informação sistemática da evolução do conhecimento e facilidade de contato com os seus pares, bem como com as novas gerações, além de outros benefícios.

Já nos fins da década de 70, em face do sucesso da Universidade de Toulouse, ATTIAS-DOUFUT (1979), refere a existência de outras 20 universidades, em diversas cidades francesas, além das da Bélgica e da Suíça.

Outro modelo surgiu em Nantèrre, próximo a Paris, tendo sido denominado “Universidade para a Terceira Idade”, pois, pela primeira vez, uma universidade abria as portas para que indivíduos dessa faixa etária pudessem freqüentá-la, sem a exigência de qualquer tipo de exame ou diploma. A peculiaridade desse modelo consistia, também, na possibilidade de ingresso de pessoas da Terceira Idade com apenas o curso primário, nas matérias oferecidas tradicionalmente a alunos de curso superior. Na mesma sala de aula, indivíduos com idades e formação acadêmica díspares relacionavam-se, sem qualquer obstáculo, levando as pessoas idosas a adquirir mais segurança para discutir problemas intelectuais e para trocar idéias com a nova geração. O contacto levou à valorização dos idosos pelos jovens.

O terceiro modelo de universidade envolvendo a temática da Terceira Idade foi denominado “*Universidade da Terceira Idade*”, englobando cursos de formação e treinamento em Gerontologia para profissionais (em nível de extensão e especialização) e cursos de preparação para a aposentadoria oferecidos a pessoas em estágios anteriores à aposentadoria. SCHMITZ-MOORMAN (1989) refere-se à criação de Universidades, seguindo este modelo, na Alemanha, nas últimas décadas. VINHÁES (1989) destaca o trabalho desenvolvido na Universidade de Frankfurt, onde as pessoas idosas são, simultaneamente, estudantes e objeto de estudos.

A Itália é outro país que possui várias Universidades da Terceira Idade,

sendo as mesmas particulares. Há exigência de que os alunos tenham diploma do nível médio ou superior, sendo 80% dos participantes mulheres com idades entre 55 e 70 anos. A Universidade da Terceira Idade Cardeal Giovanni Colombo, criada em 1983 é controlada pela Igreja Católica, considera 40 anos como idade mínima para a inscrição em seus cursos. O Lions Clube tem a Universidade da Terceira Idade mais antiga, fundada em 1978, contando atualmente com 1.900 matriculados.

As Universidades da Terceira Idade na Itália oferecem cursos geralmente de natureza acadêmica, apesar de nem todos os programas estarem ligados às Universidades. A Universidade Popular da Terceira Idade de Roma apresenta em seu programa dois objetivos fundamentais: atualização cultural, visando principalmente à prevenção de doenças; instrumentalização do idoso, para que enfrente a realidade de modo mais adequado; desenvolvimento de visão crítica da velhice, para que o aluno permaneça com uma vida produtiva, atingindo bem-estar biopsicossocial; desenvolvimento de ações, serviços e pesquisas que incluam relações de ajuda mútua e organização de atividades de interesse popular, com a finalidade de atingir as camadas culturalmente mais carentes. Neste programa, não são incluídos exames avaliativos e há uma ênfase especial na formação de agentes gerontológicos, ou seja, os alunos têm oportunidade de atuar, como voluntários, na comunidade, colocando em prática os conhecimentos adquiridos durante o curso (FLORENZANO,1991).

O programa da Universidade da Terceira Idade de Lerici, Itália, também apresenta dois objetivos gerais: contribuir para a promoção cultural e social dos estudantes, mediante a realização de cursos e laboratórios sobre temas específicos, e realização de outras atividades, promovendo e executando iniciativas concretas; promover, apoiar e realizar cursos, pesquisas e outras iniciativas culturais para o desenvolvimento da formação permanente e recorrente, pelo confronto com culturas geracionais diversas, a fim de obter uma verdadeira academia humanística. Dentre as disciplinas oferecidas destacam-se: língua inglesa, filosofia, história da arte, literatura italiana, biologia, música, teatro, história do território e geriatria, compreendendo problemas característicos da velhice; há também conferências e visitas a monumentos e museus (MENDES FILHO,1994).

Desde 1981, o conceito de auto-ajuda tem norteado as atividades das Universidades da Terceira Idade na Grã-Bretanha. Em 1994, já havia um total de

240 universidades, distribuídas por Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte, abrangendo 32.000 estudantes. Os programas são flexíveis, considerando-se as necessidades de cada grupo, sendo geralmente desenvolvidas atividades educacionais, físicas e recreativas. Essas atividades acontecem dentro de instituições, e quando o local se torna limitado quanto ao espaço físico e oneroso financeiramente, o grupo se reúne em seus próprios domicílios, com organizadores e professores voluntários.

A Universidade da Terceira Idade em Wallonie, Bélgica, visa uma efetiva integração entre as gerações de idosos, adultos e jovens na vida social pública ou familiar. Assim, tanto nas atividades acadêmicas quanto nas culturais, os alunos das Universidades da Terceira Idade são incentivados a convidar amigos e familiares, conseguindo-se em tais oportunidades a presença de jovens que, aliás, muitas vezes freqüentam suas atividades mesmo sem terem qualquer familiar idoso matriculado.

As Universidades da Terceira Idade na Alemanha, Suíça, Polônia (em Varsóvia), e algumas na Espanha, desenvolvem seus programas conforme o modelo francês (SWINDELL & THOMPSON, 1995).

Na Europa, a preocupação com o idoso atingiu tão alto nível que 1993 chegou a ser denominado o “Ano Europeu das Pessoas Idosas e da Solidariedade entre Gerações”. Com o intuito de obter a almejada integração de gerações, a AIUTA ofereceu, naquele ano, uma abertura mais sistemática em direção aos jovens, apresentando a seguinte proposta: “A Universidade da Terceira Idade deseja suscitar maior freqüência em seus cursos e conferências de alunos do secundário ou estudantes do terceiro grau (universitário ou superior não universitário), objetivando notadamente a promoção de suas atividades nos estabelecimentos escolares.” (LOUIS, 1993). Os alunos das Universidades da Terceira Idade européias praticam, diariamente, as relações entre as gerações e na Universidade da Terceira Idade de Louvain-la-Neuve, na Bélgica, denominada “*Université des Atnés*”, os idosos podem assistir a certo número de cursos dentre os comumente oferecidos aos universitários jovens. Esta universidade belga pretende também tornar-se uma ligação entre a Terceira e a Quarta Idade (constituída de pessoas acima de 80 anos), aceitando-os em qualquer de seus cursos. Ainda em 1993, esta Universidade lançou um Programa de Verão, por considerar ser tal período propício

à dinamização das relações entre crianças e idosos, sempre com o propósito de mudar a imagem deformada que se tem, em geral, da pessoa idosa.

Nos Estados Unidos, na década de 1950, as Universidades de Chicago e Michigan investiram em cursos de preparação para aposentadoria. Esses cursos foram rapidamente difundidos pela América e, nas décadas de 1970 e 1980, desenvolveram-se programas de retreinamento para o trabalhador idoso em muitas empresas. O programa Universidade da Terceira Idade criado na França, em 1973, inspirou educadores norte-americanos e, logo depois da criação dos franceses, as primeiras instituições desse tipo criadas nos Estados Unidos levaram uma multidão de adultos maduros e idosos a universidades, faculdades e serviços comunitários. Entre essas instituições, destacaram-se: “Institute for Learning in Retirement”, “New School for Social Research” e “The Academy of Senior Professionals at Eckert College” (DICKERSON et al., 1990).

Desde a metade dos anos 60, o Japão tem oferecido oportunidades de educação continuada para sua população idosa. No momento, os programas estão ligados à Universidades, como em Osaka, Tóquio, Kobe e Kyoto, onde os idosos aprendem assuntos sobre problemas relacionados à sua coorte etária, política, economia, filosofia da religião, constituição e direitos humanos, história, arte e artesanato. Os estudantes são matriculados num curso de cultura geral e escolhem as disciplinas que desejarem. Desde 1989, algumas universidades treinam alunos que têm algum talento especializado, para atuar como líderes na comunidade, estimulando uma troca de informações intergeracional (PALMA, 2000).

A Universidade Aberta do Uruguai (UNI-3) foi criada em 1983, no Instituto de Estudos Superiores de Montevideú. É programa pioneiro na América Latina, integrando a AIUTA. Caracteriza-se por uma modalidade de ensino não-formal, intergeracional e fundamentado na educação permanente. A UNI-3 cresceu e ampliou suas realizações, tendo sua ação estendida por todo Uruguai e projetando-se na América do Sul, incluindo Brasil, Paraguai, Bolívia e Argentina (BAYLEY, 1994).

Na Argentina, a primeira Universidade da Terceira Idade foi criada na década de 1980, na Universidade Nacional de Entre Rios. Baseado no modelo francês, o programa procura seguir as diretrizes do ensino universitário, investindo em pesquisas e serviços à comunidade idosa. Outras universidades da Argentina

oferecem programas semelhantes, tendo muitas contribuições a dar sobre os meios de melhorar a qualidade de vida na terceira idade (BAYLEY, 1994; SWINDELL & THOMPSON, 1995).

Com o propósito de apresentar a tendência dominante da Universidade da Terceira Idade em seu processo evolutivo, LEMIEUX (1990), afirma que a primeira geração de Universidade da Terceira Idade, a dos anos 60, apresentou um modelo de serviço educativo, ao passo que a segunda geração, a dos anos 70, centrou suas atividades no conceito de participação e desenvolvimento de experiências de idosos, preparando-os para intervir nos problemas da sociedade. Segundo o autor, essa preocupação perdura. A terceira geração de Universidade da Terceira Idade — a dos anos 80, está engajada no sentido de elaborar uma programação para idosos que se aposentarão mais cedo e serão mais escolarizados. Houve a tendência, no final dos anos 90, para uma Universidade voltada para o atendimento intergeracional, estendendo-se ao início da quarta geração no próximo milênio.

A Universidade da Terceira Idade é um movimento de grande sucesso em diversos países, uma vez que vem criando oportunidades de desafio intelectual e promovendo bem-estar de adultos maduros e idosos, que estão em busca de um envelhecimento bem sucedido. Seus programas devem servir como um espaço educacional, cultural e político, em que os alunos possam vir a usufruir de uma vida mais saudável, participativa e produtiva na sociedade em que estão inseridos. Na opinião de ALVES (1997) o aluno idoso/universitário é educando entusiasta, capaz e autônomo; ele busca entender o mundo e a vida como processo permanente de aprendizagem.

5.2 – Universidade Aberta da Terceira Idade no Brasil

A partir da década de 1990, multiplicam-se os programas voltados para a terceira idade em universidades brasileiras. Têm denominações e currículos diversos, mas com 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 autoexpressão, a reinserção social em busca de uma velhice bem sucedida (SÁ, 1999).

As primeiras iniciativas interessadas em promover uma velhice bem sucedida no Brasil datam da década de 1960. Pioneiro nesse trabalho, o Serviço Social do Comércio – SESC, em 1963, abriu espaço para seus associados idosos, inicialmente com os *grupos de convivência*, cujos programas de lazer voltavam-se para o preenchimento do tempo livre, seguidos pelas escolas abertas para terceira idade, projeto baseado nas experiências francesas, direcionado para um público mais qualificado em termos educacionais já que oferecia, em seus módulos, programas de preparação para a aposentadoria, informações sobre aspectos biopsicossociais do envelhecimento e atualização cultural, além de atividades físicas, complementação sociocultural e busca o desenvolvimento de potencialidades, de novos projetos de vida, estimulando a participação ativa do idoso e sua contribuição para a resolução de problemas em sua família e na comunidade (SALGADO, 1982).

Na década de 1980, algumas instituições universitárias começaram a se preocupar com a questão do envelhecimento, abrindo espaço para atividades voltadas para o ensino, saúde e lazer. A primeira delas, considerada pioneira no Brasil, a Universidade Federal de Santa Catarina, criou, em 1982, o Núcleo de Estudos de Terceira Idade – NETI, que oferece, além do atendimento ao idoso, formação de técnicos e voluntários da área gerontológica, e consultoria e assessoria a empresas e entidades, cursos e preparação para a aposentadoria e de formação de monitores de ação gerontológica; contribui com prefeituras na implantação e implementação de programas gerontológicos. Destacam-se os projetos “Os avós na Universidade”, “Grupo de Crescimento Pessoal” e “Grupo Interdisciplinar de Gerontologia”; na área de pesquisa, o curso de especialização em gerontologia e, na acadêmica, estágios curriculares e extracurriculares.

Registram-se outros programas similares, como o da Legião Brasileira de Assistência – LBA, extinta em 1995, que oferecia atividades físicas, de artesanato, turismo, bailes e conferências e, em 1998, contava com 31 unidades em São Paulo.

É, portanto, recente na experiência brasileira, a admissão de adultos maduros e idosos na universidade, para experiências educacionais desvinculadas das vocações classicamente assumidas por essas instituições: ensino, formação profissional no âmbito do 3º grau, pesquisa e extensão. As universidades da terceira idade exemplificam o exercício de outra importante missão da universidade, que é a

prestação de serviços à comunidade à qual está integrada (NERI 1997).

No tópico que se segue, citaremos exemplos de programas dessa natureza, pois acreditamos que essas informações são importantes para nosso estudo; o programa e os sujeitos que pesquisamos têm características semelhantes às que aqui serão mencionadas. Parte das informações, neste momento relatadas, foi encontrada em folhetos e manuais informativos, distribuídos por algumas universidades. Foram raras as publicações e os artigos científicos nos quais pudemos encontrar dados sobre as atividades desenvolvidas, as características da população atendida, as razões pelas quais essas pessoas procuraram o programa e o impacto que tal programa lhes causou.

Apesar de não haver dados estatísticos organizados sobre as características do alunado em questão, pudemos perceber que existem pontos comuns às várias experiências com essa população. Os adultos maduros e idosos, alunos das Universidades da Terceira Idade, têm idade superior a 45 anos, com predominância quase absoluta do público feminino. Essa clientela têm desde o 2.º grau incompleto até o 3.º grau. É proporcionalmente maior o número de mulheres donas de casa e de homens aposentados do que o de trabalhadores. Segundo DEBERT (1997), a participação masculina nos programas raramente ultrapassa 20%. Os homens parecem ter maior entusiasmo pelos movimentos políticos, como o dos aposentados.

Essa rápida expansão deflagra-se a partir da criação da Universidade para Terceira Idade da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – Puccamp, em 1990, no estado de São Paulo. A partir dela, dezenas foram criadas no estado paulista e nos demais estados brasileiros. Aquela instituição estruturou as atividades em três níveis, cada qual com duração de um semestre, organizados em módulos interdisciplinares. Aceitando inscrições a partir de 45 anos, exige freqüência de 60% das aulas para recebimento o certificado. O nível I envolve atualização cultural; o II, formação de grupos de estudo, inserção nos cursos e atividades; o III, atividades intergeracionais de extensão e prestação de serviços. Inaugurada em 1990, despertou a atenção da mídia, o que lhe proporcionou espaço nacional ao organizar, logo após sua inauguração, em Campinas, o I Encontro sobre Envelhecimento – desafios para os anos 90. O evento contou com a presença de representantes de dez estados brasileiros, interessados no intercâmbio de informações e experiências.

Seguindo princípios do modelo francês, a criação desse programa representa um marco importante na evolução da gerontologia educacional brasileira, por ter servido de modelo à criação de outros programas universitários para terceira idade. (SÁ, 1999; NERI & CACHIONI, 1999).

O programa da Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade de São Paulo – USP, oferecido desde 1993, busca integrar o idoso no seio da comunidade acadêmica; conscientizar o indivíduo de terceira idade da importância de seu papel na sociedade como elemento gerador de *equilíbrio social*; trazer à comunidade acadêmica jovem a experiência do idoso como forma de enriquecimento e valorização da vida; ampliar o papel social da universidade, tornando-a elo de ligação entre o idoso e as instituições e os serviços a ele voltados.

Distingue-se essa proposta por seus alunos cursarem disciplinas dos cursos de graduação nas três áreas do conhecimento: ciências exatas, biológicas e humanas oferecidas nos diversos campi da USP existentes no estado. Para freqüenta-la, exigem-se: idade mínima de sessenta anos, exame de currículo, entrevista ou formação superior e o número de vagas disponíveis em cada disciplina estabelecido pelos professores. O programa não oferece diploma, certificado ou atestado de conclusão de curso, como também não cria vínculo oficial do participante com a USE. Além de cursar as disciplinas, os alunos participam de atividades complementares didático-culturais e físico-esportivas destinadas a sua coorte etária, entre elas: programa “lazer com arte”; oficina da criatividade; concertos didáticos com a orquestra sinfônica da USP; cursos de língua, matemática do dia-a-dia e gerontologia social; fórum de debates sobre a terceira idade; caminhadas; ginásticas e condicionamento físico. Nos campi de São Paulo e Ribeirão Preto, existem centros de estudos e pesquisas ligados à terceira idade (Universidade de São Paulo apud NÉRI e CACHIONI, 1999).

Essa experiência de adultos/idosos ouvintes dentro dos cursos de graduação permite não só a atualização cultural como a troca de saberes e a interlocução entre as gerações. É uma forma encontrada para não segurar e, ao mesmo tempo, para permitir a inserção social através de uma participação ativa. Em contrapartida, a universidade realiza sua função social.

Em Agosto de 1993, a Uerj criou a Universidade Aberta para a 3ª Idade – Unati/Uerj, que hoje, na área, é vista como uma das maiores entre as experiências

brasileiras. Teve sua origem no trabalho do Núcleo de Ação Disciplina de Atendimento aos Idosos – NAI, que funcionava no Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE – no final da década de 1980, coordenado pelo Dr. Américo Piquet Carneiro. Transformando o Núcleo em Universidade da 3ª Idade, em agosto de 1993, hoje funciona no próprio campus universitário, estruturado em três áreas: ensino, pesquisa e extensão. Quanto ao ensino, as ações direcionam-se para a oferta de cursos livres para pessoas idosas, ou, ainda, para a qualificação e atualização de pessoal voltado à assistência à terceira idade.

No Brasil, ainda carecemos de estudos que busquem sistematizar a análise da emergência das Universidades da Terceira Idade. Implantadas somente em 1990 em alguns Estados, já somavam mais de 200 instituições em 1999, segundo dados da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. É curioso notar que a AIUTA apresentou em seu relatório de dezembro de 1993 relação de 1200 Universidades da Terceira Idade existentes no mundo, mas não citou qualquer das brasileiras, embora evidenciasse a existência dessas instituições em outros países da América do Sul e da América Central e Caribe.

A partir da década de 1980, as universidades brasileiras começaram a abrir um espaço educacional, tanto para a população idosa como para profissionais interessados no estudo das questões do envelhecimento. Entre os adultos maduros e idosos predomina a oferta de programas de ensino, saúde e lazer, por meio dos quais, acredita-se, essa população vem encontrando possibilidades de combinar desenvolvimento da sociabilidade e educação permanente.

As instituições particulares têm, comparativamente, muito maior número de atividades dirigidas à população idosa do que as universidades públicas. Em 1993, a Universidade do Estado de São Paulo (USP) iniciou cursos objetivando atender à Terceira Idade, tornando-se no Brasil, portanto, a pioneira no âmbito público.

Em 1982, na Universidade Federal de Santa Catarina, foi criado o Núcleo de Estudos de Terceira Idade (NETI), considerado o primeiro programa de atendimento ao idoso e de formação de recursos humanos na área gerontológica realizado em uma universidade. Atualmente, o NETI tem seu trabalho reconhecido pela população em geral, que o procura na busca de orientação, consultoria e assessoria. O programa oferece à população idosa um Grupo de Convivência, em

que são discutidas questões da atualidade, com o propósito de conscientizar o participante de seu valor como pessoa na sua própria vida, no grupo, na família e na comunidade. O idoso redescobre interesses novos, sente-se estimulado a participar de todas as etapas de sua vida e, com essa postura, tem mais chance de solucionar seus problemas pessoais. Esses grupos são orientados por estagiários de diversos cursos da universidade, como serviço social, psicologia e educação física, que utilizam essas experiências como trabalhos de conclusão de seus respectivos cursos. Tal procedimento metodológico propiciou ao NETI discutir a questão da velhice, não apenas com o idoso, mas também com faixas etárias mais jovens (GUEDES & VAHL, 1992).

A Universidade Estadual do Ceará (UECE), sensibilizada com as necessidades da população idosa do Nordeste, que se encontra na faixa de 30%, criou a Universidade Sem Fronteiras, em 1988. Seus objetivos são: oferecer às pessoas livres de obrigações profissionais (aposentados) uma formação contínua, mantendo assim o interesse em melhorar os conhecimentos e em conquistar novas experiências; proporcionar às pessoas de qualquer nível cultural ou social, que estejam em processo de envelhecimento, a oportunidade de viver integradas no mundo e com o mundo, visualizando a maturidade e a aposentadoria como etapas de vida plenas de crescimento pessoal e social; possibilitar a convivência permanente de diferentes gerações, visando à integração concreta de jovens e idosos na construção do processo de humanização da nossa realidade. As principais atividades didáticas ocorrem no Centro de Humanidades da UECE, em Fortaleza, onde são oferecidos 40 cursos. As atividades da universidade estão centradas nas áreas de prevenção, formação e pesquisa, além de trabalhos de cooperação internacional, para os quais recebe apoio da Universidade Lumière-Lyon 2, na França. Na área de prevenção, são desenvolvidos trabalhos com grupos de serviço e cursos de preparação para a aposentadoria. Na área de formação, é oferecido curso de especialização em gerontologia social; na área de pesquisa, dois projetos estão sendo desenvolvidos, sendo que o primeiro diz respeito à condição de vida do idoso na cidade de Fortaleza, e o segundo questiona a crise da meia-idade (Universidade Estadual do Ceará, s/d).

No final da década de 1980, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), foi criado um grupo interdisciplinar de profissionais interessados nas

questões da terceira idade, o NAI, que em 1992 deu origem à Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI). Esse programa se divide em três áreas: ensino, extensão e pesquisa. Um de seus objetivos principais é contribuir para a melhoria dos níveis de saúde física, mental e social das pessoas de mais de 60 anos, bem como desenvolver pesquisas no campo gerontológico. São oferecidos cursos e/ou atividades abertas que possibilitam ao idoso maior acesso ao conhecimento dos vários campos do saber, além de facilitar sua interação social com as gerações mais jovens. Podemos perceber que a UNATI apresenta um programa composto, no qual assistência médica e sociabilidade são fundamentais, mas que também permite o acesso à cultura universitária. Pelo fato de ser uma universidade aberta, possibilita o acesso de qualquer pessoa acima de 60 anos, independentemente de seu nível de escolaridade. Os alunos podem se matricular em três atividades por semestre e participar de todos os eventos promovidos pelo programa. Cerca de dois mil adultos maduros e idosos já procuraram os cursos da UNATI e outros 800 buscaram atendimento no NAI. (VERAS & CAMARGO JR., 1995; PEIXOTO, 1997).

O Programa da Universidade da Terceira idade da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas foi criado pela Faculdade de Serviço Social em 1990. Esse programa é definido como um curso de extensão universitária e de atualização cultural, uma atividade de natureza acadêmica e sociopolítica voltada para um segmento específico da população local e regional: pessoas de meia-idade e da terceira idade. O currículo está organizado em três níveis, cada qual com duração de um semestre. Um certificado é fornecido ao aluno, bastando que ele freqüente 60% das aulas e das atividades presentes em cada nível. Esses níveis são assim distribuídos: Nível I, voltado para atualização cultural, reorganização da identidade pessoal, sensibilização social e elaboração de um novo projeto de vida; Nível II, que enfatiza a formação de grupos de estudo, a preparação de monitores, o engajamento em novos programas comunitários, a inserção nos cursos e atividades gerais da universidade; Nível III, que privilegia as atividades intergeracionais por meio de cursos de extensão universitária para jovens, adultos e idosos; atividades de extensão à comunidade, através da prestação de serviços em que atuam estudantes dos vários cursos de graduação, professores e alunos da universidade da terceira idade. Seu corpo docente é composto por cerca de 70 professores oriundos dos departamentos dos cursos de graduação e de professores convidados

de outras instituições (MARTINS DE SÁ, 1991; 1996).

O programa da PUC-Campinas tem sido procurado por pesquisadores de várias áreas, interessados nas questões que envolvem aspectos psicológicos, sociológicos e educacionais dessa clientela. Também é o modelo que mais se aproxima da proposta francesa de Universidade da Terceira Idade. A criação desse programa representa um marco importante na evolução da gerontologia educacional no Brasil, uma vez que serviu de modelo para a criação de muitas outras. Essas universidades estão presentes nos estados de São Paulo, Pará, Rio de Janeiro, Paraná, Ceará, Pernambuco, Goiás, Maranhão, Bahia e Rio Grande do Sul. Segundo estimativas recentes, o Brasil conta hoje com cerca de 160 programas assemelhados (Martins de Sá, comunicação pessoal, 1998).

A Universidade de Passo Fundo-RS, em 1991, criou o Centro Regional de Estudos e Atividades para Terceira Idade (CREATI). Esse centro é um espaço aberto à população idosa, onde se debatem e estudam questões que envolvem a velhice, através de um processo de educação permanente, muito embora os cuidadores falem em educação continuada. Tem caráter interdisciplinar, coerente com os objetivos da política de extensão universitária (Universidade de Passo Fundo, s/d). Com o grande crescimento e o amadurecimento do programa, o CREATI vive atualmente em fase de reavaliação e ampliação de sua proposta de trabalho. Em 1996, o programa ultrapassou as fronteiras e avançou, engajando-se às UNI-3 da América Latina, em sua proposta de educação permanente não-formal de adultos. Para isso, convidou as Universidades Abertas da América Latina para discutir a temática “Educação permanente: Um grande desafio para o século XXI”, no V Encontro Latino-Americano de Universidades Abertas UNI 3, realizado na cidade de Passo Fundo. Além de algumas Universidades da Terceira Idade Brasileiras, sete países da América Latina (Argentina, Bolívia, México, Panamá, Uruguai, Venezuela e Chile) participaram desse encontro (Integração das Universidades Abertas-UNI 3 da América Latina: V Encontro Latino-Americano de UNI 3, 1997).

Desde 1991, a Universidade de Caxias do Sul-RS vem desenvolvendo atividades de ensino, extensão e pesquisa para adultos maduros e idosos, por meio do programa Universidade da Terceira Idade. Esse programa é dirigido para pessoas com ou sem prévia formação universitária. Para os alunos portadores de

diploma superior, são oferecidas disciplinas nos cursos de graduação em diversas áreas do conhecimento, que serão registradas no histórico escolar, podendo também freqüentar cursos de atualização cultural com os alunos que não possuem o 3.º grau. O programa oferece, ainda, curso de especialização em gerontologia e pesquisas na área de metodologia de aprendizagem de inglês na terceira idade e estudo multidimensional das condições de vida do idoso (Universidade de Caxias do Sul, 1995).

Lançada oficialmente em 1991, a Faculdade da Terceira Idade de São José dos Campos-SP iniciou suas atividades organizando o Curso de Extensão e Atualização Cultural, que compreende três níveis de cursos destinados a pessoas acima de 45 anos, divididos em três semestres letivos seqüenciais. Para os alunos que concluíram os três níveis, foi criado o Centro de Estudos Avançados para a Terceira Idade, com o objetivo de sensibilizá-los para o estudo e a investigação das questões sociais da comunidade, e motivá-los para a ação social como agentes habilitados para trabalhos com famílias e comunidade. A faculdade também oferece curso de especialização em gerontologia social aos graduados em diversas áreas do conhecimento, visando à formação de docentes para o ensino e a investigação na área, e ao atendimento de profissionais que trabalham com a terceira idade (RAHAL, 1994).

O programa da Universidade da Terceira Idade oferecido pela Universidade Metodista de Piracicaba-SP (UNIMEP), desde 1992, desenvolve currículo sob o sistema de quatro módulos, com duração de um semestre letivo cada um, que abrangem cursos de atualização cultural, atividades desportivas e artísticas (ALVES, 1997).

A Universidade Aberta Para a Terceira Idade, da Universidade São Judas Tadeu-SP, oferece aos seus alunos educação permanente, por meio de cursos de extensão cultural ministrados em três semestres letivos. Os cursos estão divididos em módulos que abrangem temas nas áreas de ciências humanas, biológicas e atividades de arte, literatura e lazer. Destinam-se a pessoas com idade superior a 45 anos, não importando o nível de formação escolar (Universidade São Judas Tadeu, 1996).

Existe, ainda, um terceiro modelo, originário de Nanterre – França, que corresponde à *universidade para a terceira idade* e foi implantado pela Universidade

Federal de Santa Maria – NIEATI – em 1992, denominado *Aluno Especial II*, e pela USP, em 1993. Trata-se da abertura de cursos regulares aos alunos veteranos, oferecendo vagas em determinadas disciplinas, que são cursadas com vistas à obtenção de certificados de estudos, sem direito à contagem de créditos na universidade. Essa modalidade permite a interação entre as gerações.

A Universidade de São Paulo (USP) estruturou o projeto Universidade Aberta à Terceira Idade em 1993. Os alunos cursam disciplinas dos cursos de graduação nas três áreas do conhecimento: ciências exatas, biológicas e humanas, oferecidas nos diversos *campi* da USP existentes no estado. Os requisitos prévios exigidos para cursá-las incluem: idade mínima de 60 anos, exame de currículo, entrevista ou formação superior e o número de vagas disponíveis em cada disciplina estabelecida pelos professores. Além de cursar as disciplinas, os alunos participam de atividades complementares didático-culturais e físico-esportivas destinadas a sua coorte etária, tais como: programa lazer com arte; oficina de criatividade; concertos didáticos com a orquestra sinfônica da USP; cursos de línguas, matemática do dia-a-dia e gerontologia social; fórum de debates sobre a terceira idade; caminhadas; ginástica e condicionamento físico. Nos *campi* de São Paulo e Ribeirão Preto existem centros de estudos e pesquisas ligados à terceira idade (Universidade de São Paulo, 1996).

A Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade do Sagrado Coração (USC) de Bauru-SP, organizada em 1996, tem como objetivos: desenvolver ações que promovam a integração das pessoas da terceira idade entre si, com a comunidade universitária e a sociedade em geral; oferecer a esse respeitável segmento da população oportunidade de crescimento pessoal e enriquecimento cultural; e propiciar a aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades, através de cursos, palestras, coral, oficinas e encontros (Universidade do Sagrado Coração de Jesus, s/d).

Em 1997, a Universidade de Sorocaba-SP (UNISO) criou o programa Universidade da Terceira Idade, organizado em módulos que oferecem disciplinas-eixo, complementares e práticas, tais como: aspectos biológicos, psicológicos e culturais; contexto cultural na terceira idade; literatura; artes, música e dança; dinâmica de grupo; comunicação; direito; consolidando a cidadania. Esse programa foi idealizado para atingir especificamente pessoas da terceira idade (Universidade

de Sorocaba, 1997).

No Rio Grande do Sul, há também a Universidade para a Terceira Idade — UNITI, criada em 1990, como Projeto de Extensão do Departamento de Psicologia da UFRGS, oferecendo seus cursos em 1999 a 160 pessoas de ambos os sexos, a partir dos 50 anos, sem nenhuma exigência quanto à escolaridade. Como decorrência do trabalho desenvolvido na UNITI, foi criado, na UFRGS, o Núcleo da Terceira Idade, vinculado ao Departamento de Desenvolvimento Social, da Pró-Reitoria de Extensão Universitária (FRUTUOSO, 1999).

A Universidade Aberta da Terceira Idade de Araçatuba (SP) – UNA – iniciou as atividades com 15 cursos para 246 alunos, em 1997, estabelecendo imediatamente parceria com a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP. Os alunos da UNA criaram um diretório acadêmico denominado Vinte e Quatro de Setembro, data de fundação da Universidade, estando em grande efervescência. Outra atividade da UNA foi a implantação do Museu do Som, Imagem e Comunicação, com sede doada pela Prefeitura Municipal de Araçatuba. Esta iniciativa vem sendo muito bem recebida pela população, que incentiva os alunos da UNA através de constantes doações (FRUTUOSO, 1999).

Outra universidade, criada, em 1998, pela Universidade Católica Dom Bosco de Campo Grande (MS), denominada Universidade da Melhor Idade – UMI, tem entre seus objetivos o de integração de alunos da graduação com os da UMI. Assim, algumas oficinas são realizadas por acadêmicos, colocando em prática o ideal de relacionamento intergeracional. O entrosamento da UMI com a cidade de Campo Grande é tão bom que a festa de formatura de sua primeira turma fez parte do calendário oficial das comemorações do centenário da capital de Mato Grosso do Sul, em julho de 1999 (FRUTUOSO, 1999).

O estado de São Paulo criou, em 1994, a Associação das Universidades e Faculdades Abertas para a Terceira Idade (AUFATI), que contou com o apoio do Conselho Estadual do Idoso. Essa associação tem o objetivo de trocar experiências e buscar novos caminhos na área da Gerontologia Educacional (CAMARGO, 1995).

Segundo ALVES (1997), os programas de Universidades da Terceira Idade procuram corresponder às necessidades características do alunado e, ao mesmo tempo, buscam alicerçar seus objetivos numa visão inovadora de currículo. Ainda segundo a autora, a maioria dos programas universitários para idosos

apresenta-se sob forma de “microuniversidades temáticas”, ou seja, o currículo é organizado a partir de disciplinas-eixo, com a finalidade de trabalhar os temas de forma integrada, dando atenção à questão da interdisciplinaridade. Existe grande diversidade nessas propostas de estruturação, uma vez que cada instituição toma decisões sobre objetivos, conteúdos, estrutura curricular, atividades, professores, atuando exclusivamente com base em seus recursos humanos e materiais e em sua ideologia sobre velhice e sobre educação na velhice.

Ao longo de sua história, as Universidades da Terceira Idade desenvolveram a vocação de propiciar programas de lazer e programas educativos à população de adultos maduros e idosos; promover pesquisas visando à produção de conhecimentos acerca do processo de envelhecimento; formar profissionais para atuar na área de gerontologia; prestar serviços preventivos de saúde aos idosos e promover a integração entre as gerações. As universidades da terceira idade merecem ser estudadas, porque atendem uma população emergente de aprendizes. Trata-se de uma clientela pouco conhecida do ponto de vista científico e pedagógico e de uma instituição cuja emergência exemplifica vivamente como fatos sociais institucionalizam o curso de vida dos indivíduos e da sociedade. A construção de uma rede nacional visando à coleta e à disseminação de informações sobre experiências nacionais de educação para idosos facilitaria a identificação de experiências comuns, a difusão de novas idéias, a identificação de modelos brasileiros de atuação nessa área e a pesquisa educacional e gerontológica.

As Universidades da Terceira Idade brasileiras já realizaram três encontros anuais de professores, administradores, alunos e ex-alunos, nos quais foram discutidos os rumos da iniciativa e a viabilidade de fundar uma Associação Nacional. É, portanto, recente na experiência brasileira, a admissão de adultos maduros e idosos na universidade, para experiências educacionais desvinculadas das vocações classicamente assumidas por essas instituições: ensino, formação profissional no âmbito do 3.º grau, pesquisa e extensão. As Universidades da Terceira Idade exemplificam o exercício de outra importante missão da universidade, que é a prestação de serviços à comunidade à qual está integrada (NERI, 1997).

Ainda que curta a trajetória realizada pelas Unatis brasileiras, as ações em benefício da qualidade de vida da população que envelhece já se fazem notar e comprovam, ao contrário do que muitos pensam, não ser um modismo passageiro.

As universidades que chancelam esses programas parecem assumir seu comprometimento com o envelhecimento de sua população ao se dedicarem à produção do saber e à formação de recursos humanos para atender à demanda dessa área. Para muitas delas, como as comunitárias, por exemplo, o trabalho com programas de extensão pode significar o cumprimento de sua vocação social. Já as públicas diferenciam-se das particulares por não cobrarem taxa de inscrição ou mensalidade, o que lhes garante uma procura maior, havendo, normalmente, lista de espera em algumas das atividades.

5.3 – Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade Católica de Goiás (UNATI – UCG)

5.3.1 – Histórico

No estado de Goiás, a cidade que apresenta a maior incidência percentual de idosos é sua capital, Goiânia. A cidade apresenta uma população segundo os dados do (IBGE, 1996) de 1.056.330 habitantes e dados preliminares do CENSO (2000) de 1.090.581 habitantes. Segundo dados preliminares do IBGE (1999), a população de idosos no Estado de Goiás é de 353.770, o que corresponde a 6,8% da população goiana, e em Goiânia é de 89.000 correspondendo a 8,9% da população. O número de idosos ≥ 60 anos na cidade é de 61.337, correspondendo a 5,8% da população em geral (IBGE 1996). No Estado de Goiás, segundo o IBGE (1991), mais de 80% de idosos ganham até 3 salários mínimos e 72,7% estão aposentados. Com fundamento nessa realidade informação, e tendo em mente as discussões sobre a problemática do idoso, a Universidade Católica de Goiás-GO (UCG), em 1991, passou a sistematizar esforços que já vinha desenvolvendo desde a década anterior, no sentido da implementação de estudos e programas para a melhoria dos níveis de saúde física, mental e social das pessoas idosas ou em processo de envelhecimento.

O projeto da Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI), da UCG, foi implantado oficialmente com uma aula inaugural realizada em 14 de setembro de 1992, tendo como convidada a doutora em Serviço Social, coordenadora da Universidade da Terceira Idade da PUC-Campinas, professora *Jeanete Liasch*

Martins de Sá, que proferiu a brilhante palestra sobre a terceira idade: “Cidadania, Educação Continuada e Convivência”. Nesta, enfocou-se a integração do idoso no seio da comunidade acadêmica, conscientizando o indivíduo da terceira idade da importância do seu papel na sociedade como elemento gerador de *equilíbrio social* e trazendo à comunidade acadêmica jovem a experiência do idoso, como forma de enriquecimento e valorização da vida; e a ampliação do papel social da universidade, tornando-a elo de ligação entre o idoso e as instituições e os serviços a ele voltados.

A UNATI-UCG surgiu como atividade de extensão, por iniciativa dos Departamentos de Educação e Serviço Social, com a participação da Vice-Reitoria para Assuntos Comunitários e Estudantis, com os objetivos de consolidar o compromisso social e político da UCG com a sociedade; democratizar o saber, possibilitando às pessoas adultas e idosas o acesso à Universidade, na perspectiva da educação continuada, do resgate da cidadania e do desenvolvimento do espírito de convivência; e despertar nos alunos a consciência da responsabilidade social, motivando-os a assumir presença efetiva nas organizações da sociedade civil e movimentos sociais.

Tendo como público-alvo pessoas acima de 50 anos, sem exigência de escolaridade, seu único requisito é que o interessado possa pleitear sua inscrição no curso/programa da Unati/UCG. Sua meta é atingir uma média de 150 alunos de ambos os sexos por semestre.

Está inserido no calendário das atividades da UCG, anual/semestral, assim como de eventos científicos em que é divulgado. O curso é operacionalizado através de uma abordagem interdisciplinar e interdepartamental, fundamentando-se em pressupostos gerontológicos e de natureza sociopolítica e educativa. Há o envolvimento de todos os segmentos que a compõem, cuja participação se dá em todas as etapas do processo metodológico: programação, execução e avaliação, de forma interdisciplinar e interdepartamental.

O programa da Unati tem-se fortalecido durante seus nove anos de existência, trabalhando na melhoria da qualidade de vida da Terceira Idade, buscando desenvolver na relação de ensino, pesquisa e extensão uma maior articulação entre os programas da Vice-Reitoria para Assuntos Comunitários e Estudantis – VAE e projetos desenvolvidos na sociedade e com isso fortalecendo as

relações extensão/pesquisa, extensão/ensino e extensão/estágio. É um programa voltado para o fortalecimento e melhoria do estágio e extensão de vários departamentos: Serviço Social, Educação, Fonoaudiologia, Psicologia, Enfermagem e outros.

O curso-programa da Unati direciona-se para ensino, pesquisa e extensão, com uma preocupação evidente com a reinserção do idoso na chamada “vida útil” através da reconstrução de sua cidadania. Além disso, abre campo para compreensão das várias formas de visão do mundo; busca e promove um inter-relacionamento entre jovens e idosos, incentivando-os a uma troca da experiência, presumivelmente enriquecedora para ambos. Realiza seminários, encontros e debates abertos à Comunidade, com entidades governamentais e não governamentais, sobre temas voltados para a cidadania do idoso e para as políticas sociais.

Existe uma grande preocupação do programa voltada ao ensino, para incluir conteúdos da Terceira Idade nas várias disciplinas de graduação dos cursos da UCG. Nestes nove anos de existência, a UNATI já elaborou várias publicações nos jornais da cidade de Goiânia, textos, jornais Nova Geração, artigos, livros, cartilhas, “folders”, promoveu curso de capacitação para técnicos e voluntários que trabalham com a 3.^a Idade e elaborou apostilhas referentes ao curso. Já foram feitas monografias e dissertações, defendidas em departamentos da Instituição e fora da mesma, e vídeos sobre o programa, sendo referência para criação de outras Universidades da Terceira Idade no Interior do Estado de Goiás, na Cidade de Rio Verde, Goiás e foi referência para a Universidade Católica do Distrito Federal. Verificando o crescimento e o envolvimento de todos os que fazem parte dele, nota-se que é um projeto em construção, buscando um convênio com a Sociedade (Associação dos Servidores do Estado de Goiás – ASEG, Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário – FUMDEC – órgão executor da política de assistência social no âmbito do município) e uma parceria através da UCG/VAE com as organizações governamentais e não governamentais.

O Programa criou o Jornal Nova Geração em 1996. Este informativo, é publicado trimestralmente, divulgando os acontecimentos do curso/programa a produção científica e participa na sociedade, mostrando o trabalho da Unati, discutindo e até mesmo colaborando nas políticas públicas do município, é um

instrumento de veiculação que divulga os eventos realizados, produções dos professores, alunos da UCG e alunos idosos, textos, poesias, depoimentos e outros.

Há a perspectiva de criação de uma Associação dos ex-alunos da UNATI e também há uma proposta no documento intitulado “*proposta de regulamentação da participação dos ex-alunos da Unati nos cursos de graduação da UCG, na condição de aluno ouvinte*” (LACERDA & SILVIA, 1999; SALUM, 2001), em que os alunos pleiteiam disciplinas dos cursos de graduação nas áreas de ciências exatas, biológicas e, preferencialmente humanas, oferecidas nos diversos campi da UCG. Para freqüentá-las, exige-se que o candidato tenha concluído o curso da Unati/UCG, outros critérios serão estabelecidos pelos departamentos bem como o limite de vagas disponíveis. O aluno entra na condição de ouvinte. O programa não pretende oferecer diploma, apenas certificado de freqüência da disciplina o que não cria vínculo oficial do participante com a UCG. A proposta tramita nas instâncias ou órgãos superiores da Universidade.

5.3.2 – Currículo

O curso corresponde a dois semestres letivos, com 90h cada. A Unati/UCG não profissionaliza. Os conteúdos curriculares visam proporcionar informações/reflexões sobre o processo de envelhecimento e as implicações biopsicossociais. As disciplinas e atividades convergem para um maior conhecimento do próprio corpo, para a superação de preconceitos que a sociedade construiu em relação à velhice e para a consciência dos direitos e deveres como cidadãos. Por isso, estimulam a convivência social, reativam a memória, desenvolvem a criatividade e a espiritualidade, ajudam a superar as perdas e prevenir doenças que possam surgir na 3.^a idade. Além disso, propiciam a socialização das experiências de vida e incentivam a produção do saber.

Conforme LACERDA & SOUZA (2001), tudo isso resulta na melhoria da auto-estima e na construção de novos referenciais para pensar, agir e ser, enfim, contribui na melhoria da qualidade de vida na 3.^a Idade.

As disciplinas abrangem aspectos biológicos e psicológicos do envelhecimento; aspectos sociais, políticos e culturais na terceira idade; espiritualidade; nutrição; socialização; geriatria preventiva; atividade física

diferenciada/hidroginástica; oficinas de artes, coral, dança, inglês e seminários sobre temas diversos (LACERDA, 2001). No término do curso, o ex-aluno que desejar poderá passar a frequentar a “Oficina de Convivência” (ANDRADE, 1999).

A “Oficina de Convivência, tem como objetivo: dar continuidade ao processo de socialização entre os ex-alunos; promover atualização cultural e motivar a participação em trabalhos sociais através da participação de seus integrantes em quatro projetos: Sentinela da Saúde, Cidadania, Na Memória Mil Histórias e Vivência Saudável”, com o objetivo de dar continuidade ao processo de socialização, entre os ex-alunos, promover a atualização cultural e motivação.

O Projeto/Oficina “Na Memória, Mil Histórias” tem como objetivo propiciar a reelaboração e registro da história pessoal, expressando e ressignificando fatos da vida de cada um. Deste projeto surgiu a publicação de um livro *“Na Memória, Mil Histórias”*, revelando experiências vividas pelos participantes, remontando à sua história, transportando o mundo da fala para o mundo da escrita. O Projeto/Oficina “Vivência Saudável” tem como objetivo desenvolver a capacidade, o equilíbrio e a maturidade suficiente para aceitar críticas e superar impasses, desânimo, censuras sociais e outros. O Projeto/Oficina “Sentinelas da Saúde” tem por objetivo a promoção da saúde através do estímulo e autocuidado: prevenção de riscos e agravos que interferem na saúde; discutir, em conjunto, conteúdos relacionados à saúde e à melhoria da qualidade de vida e formar hábitos de alimentação saudável e balanceada; e o “Projeto/Oficina de Cidadania” tem por objetivo: despertar nos seus participantes a consciência da responsabilidade social, motivando-os a assumir uma presença efetiva nas organizações da sociedade civil e nos movimentos sociais; trabalhar a questão da cidadania, procurando informar direitos e deveres; estimular a organização dos participantes, no sentido de uma consciência crítica acerca da realidade social e desenvolver ações que contribuam para efetivação dos direitos sociais dos idosos, garantidos em leis.

A atuação da UNATI tem gerado um efeito multiplicador através da ação dos ex-alunos provenientes dos grupos de convivência FUMDEC (2001), que, no término do curso, tornam-se agentes multiplicadores, em 42 grupos de origem de diversos bairros de Goiânia.

A UNATI vem crescendo e tem marcado presença com propostas em diferentes instâncias: no Fórum sobre o Trânsito, nas Audiências Públicas na

Câmara Municipal e outras. Em 2001, a Coordenação do Curso/Programa encaminhou aos Gestores Municipais um elenco de Propostas Reivindicatórias relativas à 3ª Idade para serem contempladas no Plano Municipal de Assistência Social, fruto das reflexões ocorridas na Oficina de Cidadania um dos projetos integrantes da Oficina de Convivência da UNATI.

CAPÍTULO 6 – MATERIAL E MÉTODO

6.1 – Área de Estudo e População

O presente estudo foi desenvolvido na Universidade Aberta à Terceira Idade, Universidade Católica de Goiás, no período de agosto de 1998 a junho de 2001, para alunos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 50 anos. Trata-se de um estudo descritivo e comparativo. Foram avaliados os alunos que freqüentaram a Universidade no período citado, quando iniciaram e terminaram seus cursos, em relação à presença de depressão e estresse, assim como quanto à qualidade de suas vidas.

Aspectos éticos: este estudo está dentro da Categoria I da Regulamentação de Pesquisa em Seres Humanos no Brasil (pesquisa sem risco), com base na Resolução 196/96, pois envolve somente questionários. Foi solicitado consentimento do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, e o estudo começou somente após a obtenção da sua autorização.

Os alunos foram orientados quanto aos objetivos do estudo e quanto ao seu caráter voluntário. Em seguida, foi distribuído a todos o Termo de Consentimento Pós Informação (Anexo 1), que continha informações claras sobre a pesquisa, obedecendo à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Após a leitura do referido termo, não houve nenhuma recusa dos alunos em participar do estudo. Os não alfabetizados davam sua permissão, oralmente, na presença de uma testemunha. Garantiu-se a todos os alunos sigilo absoluto em relação às suas respostas.

6.1.1 – Características Geográficas e Demográficas da Cidade do Local do Estudo.

O estudo foi realizado na cidade de Goiânia, capital do Estado de Goiás, localizada na Região Centro – Oeste do Brasil. A cidade de Goiânia, fundada em 1933, foi planejada e construída para ser a nova Capital do Estado de Goiás, em substituição à velha capital, a cidade de Goiás. Todos os logradouros públicos obedecem a uma arquitetura moderna, com traçados uniformes, e a cidade é bastante arborizada e florida. Está a 200 km de distância da capital do Brasil - Brasília.

Goiânia está cerca de 764 metros de altitude. O clima é tipicamente tropical, e a cidade quente e ensolarada durante quase todo o ano. As temperaturas médias anuais variam entre 18°C e 30°C. A umidade relativa do ar durante o ano é, em média, de 43%. A cidade apresenta uma moderada deficiência hídrica no inverno, entretanto, no período chuvoso, que vai de novembro a abril, a umidade do ar chega a 74%.

Goiânia foi planejada com previsão para 50.000 habitantes, mas apresenta uma população de 1.056.330 habitantes (IBGE, 1996). No período de 1980–1991, a taxa de crescimento médio anual foi de 2,29%, inferior à da década de 70 (6,54% ao ano). Apesar das taxas de incremento médio anual terem decrescido nestas três décadas, os crescimentos de Goiânia, comparados ao do Estado de Goiás, foi acentuado. De 1950 a 1980, Goiás cresceu 3,18 vezes, ao passo que a capital teve a sua população aumentada, aproximadamente, 14 vezes. Embora mais de 98% da população do Município esteja concentrada na zona urbana, a origem da mesma é predominantemente rural. Isto ocorreu graças ao acelerado crescimento da cidade, à limitada extensão da área do Município e à natureza das atividades econômicas dominantes (IPLAN, 1992).

6.1. 2 – Área do Estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida na Universidade Católica de Goiás, Goiânia, em alunos que freqüentaram o Curso/Programa de Extensão Universitária “Universidade Aberta da Terceira Idade”, UNATI/UCG. Este projeto

já existe há mais de nove anos, e sua finalidade são a integração do cidadão idoso em um grupo social com características semelhantes às dele, com perspectivas de romper a solidão, preencher o vazio e conhecer novas pessoas. Os alunos pagam a mensalidade de R\$ 50,00, mas para alguns alunos é dado o programa gratuitamente, por causa do convênio com a Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário (FUMDEC).

O curso funciona as terças, quartas e quintas-feiras, das 14:30h às 17:00h Seu funcionamento ocorre em três salas de aula e cinco salas de oficinas (artes, inglês, coral, dança e cidadania). Depois que o aluno conclui o curso, ele pode continuar a freqüentar as Oficinas de Convivência, que são projetos como Sentinela da Saúde, Na memória Mil Histórias, Socialização e Aulas de Hidroginástica e loga. O programa é executado por dez professores da própria Universidade Católica, por membros da sociedade, bolsistas e estagiários da área de educação, serviços social e outros.

6.1.3 – População–Alvo

Tendo em vista o objetivo do estudo, foram definidos como população – alvo todos os alunos que foram matriculados no curso-programa Universidade Aberta da Terceira Idade, UNATI/UCG, no período de agosto 1998 (início do segundo semestre) a junho de 2000 (término do primeiro semestre).

O tamanho da amostra foi determinado de maneira a garantir, no caso de estimativa de proporções, a observância de que o erro máximo admitido fosse de 10%, com grau de confiança de 95%, em que a variabilidade fosse máxima, isto é, em que o verdadeiro valor da proporção estimada fosse 0,50. Para outros valores, o erro máximo seria diminuído e/ou a probabilidade de 95% aumentada (BERQUÓ & GOTLIEB, 1980).

Foram considerados elegíveis para este estudo os alunos que preencheram os seguintes critérios de inclusão:

- idade igual ou superior a 50 anos, e matriculados no curso/programa no tempo da coleta de dados;

- que concordaram em responder aos instrumentos de coleta de dados;
- que estavam cursando o curso/programa, e que foram acompanhados por dois semestres no curso, com conclusão do mesmo.

Assim sendo, a população alvo consiste de 85 sujeitos (62,96%), alunos do Curso/Programa da Universidade Aberta a Terceira Idade da UCG, dos cento e 135 indivíduos abordados, que concordaram em participar do estudo e permaneceram os dois semestres freqüentando a Universidade. Esta população é de ambos os sexos, com idade variando entre 50 a 80 anos, e independe de sua escolaridade.

6.2 – Instrumentos de Coleta de Dados

Oitenta e cinco (62,96%) dos cento e trinta e cinco indivíduos abordados concordaram em participar do teste no início do curso e reteste no final do curso da UNATI/UCG.

Todas as questões dos diferentes questionários foram lidas em voz alta, de forma que indivíduos não alfabetizados pudessem ser incluídos no estudo.

Coletaram-se dados mediante questionário sobre Questões Gerais, aplicação do Mini-Mental e Avaliação da Depressão, do Estresse e da Qualidade de Vida afetiva dos alunos, no início e final do curso da Universidade Aberta da Terceira Idade/UCG. Estes instrumentos foram aplicados pela autora deste trabalho, segundo padrões rigorosos de normatização.

O questionário sobre Questões Gerais foi respondido na seguinte seqüência: Informações Gerais, Recursos Econômicos, Saúde Física, Saúde Mental (Anexo 3). Esta seqüência foi escolhida a fim de que não houvesse interferência nas respostas, pois se o indivíduo refletisse quanto aos aspectos de sua saúde, vitalidade, aspectos emocionais, entre outros contidos no instrumento, a resposta poderia vir modificada. O tempo médio para os alunos responderem a este questionário foi de 45 minutos.

O questionário coletou informações gerais dos sujeitos sobre suas características sócio-demográficas, de que obtivemos resultados referentes a: sexo;

cor; escolaridade; faixa etária; religião; estado civil; número de filhos; local de nascimento; profissão/ocupação; rendimento; moradia; com que vive (Anexo 3).

Sobre as características relacionadas à saúde física e mental foram colhidas informações referentes a: obsessão; pressão arterial; vacinas; problemas de saúde no momento; visão; audição; dentes; incontinência urinária; DST/AIDS; preventivos de câncer; hábitos de fumar; bebidas alcoólicas; apetite; sono; exercícios físicos; quedas; próteses e órteses; participação em entidades e associações; lazer; satisfação com a vida; relacionamento familiar; divertir; práticas de atividades físicas; quanto à memória; uso de medicamento e remédio para doença nervosa; dor de cabeça; tratamento psicológico, psiquiátrico e doença nervosa (Anexo 3).

A aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) (FOLSTEIN & COLS, 1975) foi feita em toda população-alvo, a fim de excluirmos aqueles que tivessem déficit cognitivo, e assim não fossem capazes de responder coerentemente às questões formuladas. O Mini-Exame consiste em questões subdivididas em seis itens: orientação têmporo-espacial, registro de memória imediata, cálculo, memória recente e linguagem (com que são avaliadas agnosia, afasia, apraxia e habilidade construcional). Para cada acerto é somado 1 ponto, e o total é de 30 (Anexo 4).

O instrumento utilizado para o diagnóstico de transtorno depressivo de acordo com CID-10 atual foi a Escala de Depressão Geriátrica de YESEVAGE (1983), versão simplificada com 15 perguntas, já revalidada na versão para língua portuguesa (ALMEIDA & ALMEIDA, 1999). Cada resposta conta 1 ponto, e os resultados inferiores a 5 foram considerados normais; de 5 a 10, como depressão leve ou moderada; e aqueles superiores a 10, como depressão grave (Anexo 5).

O instrumento para avaliação da Qualidade de Vida (afetiva) foi o utilizado por LIPP (1994), cada resposta conta 1 ponto, os resultados inferiores a 8 pontos insucesso na área afetiva, acima de 9 sucesso na área afetiva (Anexo 6).

A Escala de Holmes-Rahe, para a avaliação do estresse, propõe medir o estresse gerado por diversos acontecimentos da vida e a maneira como os interpretamos e sentimos (LEVY, 1971) Quanto ao estresse nos últimos 12 (ou para outros, 24) meses, acima de 300 pontos terá 79,00% de chances de contrair alguma

doença grave em breve, se entre 151 e 299 tais chances são de 51,00% e abaixo de 151 pontos a chance de adoecer gravemente seria pequena (Anexo 7).

6.3 – Classificação Teórica para avaliação

Conforme foi citado, adotou-se a classificação teórica em três classes para avaliar o *nível da função cognitiva* (Anexo 4) dos alunos idosos questionados:

- 1.º → > ou = 27 normal
- 2.º → < ou = 23 deficiência cognitiva
- 3.º → 24 a 26 duvidosos (merecem ser estudados).

Foi avaliada também a *depressão* nos alunos idosos no início e final de terem freqüentado o curso/programa (Anexo 5).

- De 0 a 5 não tem depressão
- De 6 a 9 depressão leve ou moderada
- Acima de 9 tem depressão

Quanto à *qualidade de vida afetiva*, ela foi avaliada sobre o sucesso no quadrante afetivo (anexo 6).

- De 0 a 8 insucesso na área afetiva
- De 9 acima sucesso na área afetiva

Quanto ao *estresse* nos últimos 12 (ou para outros, 24) meses (Anexo 7).

Acima de 300 pontos..... terá 79,00% de chances de contrair alguma doença grave em breve.

Se entre 151 e 299 tais chances são de 51,00%.

Abaixo de 151 pontos a chance de adoecer gravemente seria pequena.

6.4 – Análise Estatística

Os dados coletados através da aplicação do questionário foram organizados e digitados em planilha eletrônica, para posteriores análises estatísticas com a utilização do software SPSS (Statistical Package for the Sciences).

- a) a análise das características psicométricas da escala;
- b) interpretação dos resultados.

Todos os testes estatísticos utilizados foram não paramétricos e fixou-se o nível de significância em 0,05 ou 5,00% para o nível de rejeição da hipótese de nulidade. Considerando que as provas realizadas foram bilaterais e o nível de significância foi de $p = 0,025$.

Características psicométricas e parâmetros principais: Esta etapa consistiu em verificar o poder de discriminação dos itens, a confiabilidade e a consistência interna da escala e a validade de constructo. Estes critérios indicam se o instrumento é confiável e se realmente está medindo aquilo que se propõe medir (PASQUALI, 1996, 1997).

Análises descritivas dos dados foram analisados para apresentação dos aspectos sociodemográficos desta amostra aplicando o teste χ^2 (lê-se qui-quadrado), o valor estatístico normatizado para essa análise será apresentado como 'z' e as comparações das proporções foram avaliadas com o teste de significância das diferenças entre as proporções comparadas que é mais freqüente empregando o χ^2 . O valor estatístico Kappa (K) foi utilizado para medir a concordância entre os indivíduos da GDS-15 na condição de teste e reteste utilizando-se o pacote estatístico 'SAS'.

O Mini-Exame do estado mental foi testado quanto à fidedignidade do método (propriedade de manter-se invariável quanto aos dados produzidos se utilizando em condições idênticas) e utilizado-se o teste pareado de Wilcoxon na condição de teste e reteste, intervalos de confiança de 95% foram calculados para a média (IC) e o teste McNemar e o Coeficiente de Kappa Simples (SOARES, 1999),

Para comparar a proporção de deficiência cognitiva antes e após cursar o programa, foi utilizado o teste de McNemar (McNEMAR 1947). Estas proporções estão marcadas, em negrito na tabela abaixo. Utilizou-se a medida Kappa (COHEN, 1960) para se avaliar a concordância entre a situação antes e depois. Foi utilizado um nível de significância de 5%.

O instrumento utilizado para avaliar a depressão foi testado quanto à fidedignidade também com Simple Kappa Coefficient (SOARES, 1999).

Para comparar a proporção de qualidade de vida afetiva, assim como a proporção de afetividade antes e depois do programa, foi utilizado o teste de McNemar (McNemar, 1947). Estas proporções estão marcadas, em negrito, na tabela abaixo. Utilizou-se a medida Kappa (COHEN, 1960), para se avaliar a concordância entre a situação antes e depois. Foi utilizado um nível de significância de 5%.

CAPÍTULO 7 – RESULTADOS

Os resultados são descritos em duas sessões. A primeira mostra as características da amostra estudada: seu perfil sociodemográfico, psicossocial e de saúde física e mental. A segunda parte contém as prevalências de depressão, estresse, e o nível de qualidade de vida dos alunos estudados, antes e após freqüentarem a Universidade Aberta da Terceira Idade, analisando-se as associações e correlações entre as variáveis investigadas.

Os resultados estão apresentados sob a forma de tabelas, gráficos, figuras e quadros, com freqüências absolutas e relativas.

7.1 – Análise Descritiva da Amostra

Os resultados são referentes aos dados colhidos no período de agosto de 1998 a junho de 2001. Na época, haviam 250 alunos matriculados na Universidade Aberta à Terceira Idade, UCG, com uma média de 50 alunos a cada semestre, nos seguintes anos: 1998 (2.º semestre); 1999 (1.º e 2.º semestres); 2000 (1.º e 2.º semestres) e 2001 (1.º semestre). Destes, concluíram o curso 135 alunos com idade igual ou superior a 50 anos e, destes, 85 (62,96%) fizeram parte da amostra estudada, sendo entrevistados no início e no final do referido curso/programa.

As seguintes características sociodemográficas da população de 85 alunos estão mostradas nas Tabelas 1 e 2: sexo, cor, faixa etária, escolaridade, religião, estado civil, se tem filhos, qual a situação atual relacionada ao trabalho, se tem trabalho remunerado e qual a fonte, qual a renda familiar (em salários mínimos), se a renda é suficiente, com quem reside, e tipo de moradia.

Tabela 1 – Descrição da amostra estudada quanto às características sociodemográficas dos alunos da UNATI/UCG.

CARACTERÍSTICA	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA	
	n	%
SEXO		
Masculino	8	9,41
Feminino	77	90,59
COR		
Branca	59	69,41
Preta	1	1,18
Amarela	2	2,35
Parda	23	27,06
FAIXA ETÁRIA		
< 60 anos	38	44,70
60 — 64 anos	20	23,53
65 — 69 anos	15	17,65
70 — 74 anos	9	10,59
75 — 79 anos	3	3,53
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	2	2,35
Alfabetizado (sabe ler e escrever)	4	4,71
1.º grau completo	19	22,35
1.º grau incompleto	19	22,35
2.º grau completo	22	25,88
2.º grau incompleto	2	2,35
3.º grau completo	13	15,29
3.º grau incompleto	4	4,72
RELIGIÃO		
Católica	66	77,65
Espírita	9	10,59
Protestante	6	7,06
Outras	2	2,35
Não sabe	2	2,35
ESTADO CIVIL		
Solteiro (a)	12	14,12
Casado (a)	29	34,12
Com companheiro (a)	3	3,53
Viúvo (a)	32	37,65
Separado (a)	3	3,53
Desquitado (a)	2	2,35
Divorciado (a)	4	4,70
TEM FILHOS		
Sim	76	89,41
Não	9	10,59

Tabela 2 – Descrição da amostra estudada quanto aos Recursos Econômicos dos 85 alunos da UNATI/UCG.

CARACTERÍSTICA	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA	
	n	%
SITUAÇÃO ATUAL		
Desempregado	5	5,88
Aposentado por idade	24	28,24
Aposentado por incapacidade	9	10,59
Aposentado por tempo de serviço	23	27,06
Afastado do emprego por problema de saúde	1	1,18
Nunca trabalhou	1	1,18
Prendas domésticas (do lar)	14	16,46
Outros	5	5,88
Não responde	3	3,53
TEM TRABALHO REMUNERADO		
Sim	17	20,00
Não	68	80,00
FONTE		
Salário	3	3,53
Aposentadoria	55	64,71
Pensão	11	12,94
Ajuda dos filhos	7	8,23
Rendimentos (aluguéis, juros)	3	3,53
Outros familiares	1	1,18
Outros	4	4,70
Não responde	1	1,18
RENDA FAMILIAR (em salários mínimos)		
< 1	5	5,88
1 |— 2	31	36,47
3 |— 4	19	22,35
≥ 5	23	27,06
Não sabe	7	8,24
GANHA PARA COBRIR DESPESAS ?		
Sim	47	55,29
Não	35	41,18
Não responde	3	3,53
RESIDE COM QUEM ?		
Esposo (a) / companheiro (a)	25	29,41
Esposo (a) / companheiro (a) e filhos	5	5,88
Filhos (as)	27	31,77
Outros parentes	4	4,71
Sozinho	13	15,29
Outros	11	12,94
PESSOAS SUSTENTADAS COM A RENDA		
O próprio	43	50,59
O próprio / esposo (a) / companheiro (a)	6	7,06
O próprio e familiares	28	32,94
Divide despesas com outros familiares	8	9,41
TIPO DE MORADIA		
Própria	64	75,29
De familiares	14	16,47
Alugada	4	4,71
Outros	3	3,53

Tabela 3 – Descrição de características relacionadas à saúde física dos 85 alunos da UNATI/UCG.

CARACTERÍSTICA	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA			
	ANTES		DEPOIS	
	N	%	n	%
ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC)				
Baixo peso (< 20)	1	1,18	1	1,18
Peso normal (20 | — 24,9)	30	35,29	30	35,29
Obesidade tipo I (25 | — 29,9)	43	50,59	40	47,06
Obesidade tipo II (30 | — 39,9)	11	12,94	14	16,47
Obesidade tipo III (≥ 40)	—	0,00	—	0,00
PRESSÃO ARTERIAL				
Ideal	32	37,65	28	32,94
Normal	14	16,47	26	30,59
Normal-alta	12	14,12	13	15,29
Hipertensão estágio I	22	25,88	7	8,24
Hipertensão estágio II	3	3,53	5	5,88
Hipertensão estágio III	2	2,35	6	7,06
COSTUMA VERIFICAR PRESSÃO?				
Regularmente	39	45,88	37	43,53
Raramente	41	48,24	39	45,88
Não	5	5,88	9	10,59
VACINAS				
Anti-hepatite	7	8,24	12	14,12
Antitetânica	34	40,00	24	28,24
Antifebre amarela	51	60,00	45	52,94
Antigripe	55	64,71	58	68,24
Antipneumococos	1	1,18	1	1,18
Não tomou	9	10,59	6	7,06
Não sabe	4	4,71	2	2,35
VEZES ANO FREQUENTA SERVIÇO SAÚDE				
Nenhuma	3	3,53	3	3,53
Uma	29	34,12	23	27,06
Duas	24	28,24	29	34,12
Três	8	9,41	12	14,12
Quatro ou mais	21	24,70	18	21,17
SAÚDE NO MOMENTO				
Muito Boa	18	21,18	16	18,82
Boa	58	68,23	56	65,88
Ruim	9	10,59	13	15,30
PROBLEMAS DE SAÚDE				
Nenhum	12	14,12	10	11,76
Diabete	8	9,41	7	8,24
Hipertensão	23	27,06	27	31,76
Doenças do coração	12	14,12	11	12,94
Respiratórios	8	9,41	9	10,59
Reumatismo	36	42,35	32	37,65
Intestinais	14	16,47	12	14,12
Coluna	35	41,18	36	42,35
Obesidade	12	14,12	16	18,82
Dermatológicas	4	4,71	4	4,71
Osteoporose	21	24,71	19	22,35
Alterações de tiróide	4	4,71	4	4,71
Alterações gastrointestinais	23	27,06	22	25,88
Outras	3	3,53	1	1,18

Continuação da Tabela 3.

CARACTERÍSTICA	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA			
	ANTES		DEPOIS	
	N	%	n	%
A VISÃO ESTÁ				
Muito Boa	9	10,59	12	14,12
Boa	37	43,53	32	37,65
Regular	31	36,47	32	37,65
Ruim	6	7,06	7	8,23
Muito Ruim	2	2,35	2	2,35
USA ÓCULOS OU LENTES				
Sim	79	92,94	77	90,59
Não	6	7,06	8	9,41
AUDIÇÃO				
Muito Boa	20	23,53	13	15,29
Boa	37	43,53	39	45,88
Regular	24	28,24	25	29,41
Ruim	2	2,35	7	8,24
Muito Ruim	2	2,35	1	1,18
ESTADO GERAL DOS DENTES				
Muito Bom	6	7,07	5	5,88
Bom	25	29,41	24	28,24
Regular	28	32,94	32	37,65
Ruim	19	22,35	12	14,12
Muito Ruim	5	5,88	8	9,41
Não responde	2	2,35	4	4,70
FALTA ALGUM DENTE				
Não	7	8,23	7	8,24
Alguns	29	34,12	24	28,24
A maioria	13	15,29	13	15,29
Todos	35	41,18	37	43,53
Não sabe	1	1,18	4	4,70
DENTES POSTIÇOS, DENTADURAS, PONTES				
Sim	79	92,94	79	92,94
Não	6	7,06	6	7,06
CHEIRO DE URINA				
Sim	13	15,29	11	12,94
Não	72	84,71	74	87,06
MANTÊM RELAÇÕES SEXUAIS				
Com parceiros fixos	53	62,35	52	61,18
Sem parceiros fixos	31	36,47	31	36,47
Não	1	1,18	2	2,35
USO DE CAMISINHA				
Sempre	4	4,71	3	3,53
Às vezes	2	2,35	3	3,53
Não	51	60,00	48	56,47
Não responde	11	12,94	15	17,65
Não se aplica	17	20,00	16	18,82
APRESENTOU DST				
Sim	12	14,12	12	14,12
Não	73	85,88	73	85,88
FAZ TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL (somente para mulheres)				
Sim	71	92,21	71	92,21
Não	6	7,79	6	7,79

Continuação da Tabela 3.

CARACTERÍSTICA	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA			
	ANTES		DEPOIS	
	n	%	N	%
EXAMES PREVENTIVOS DE CÂNCER				
Colo uterino (Mulher 77)	54	70,13	57	74,03
Mama (Mulher 77)	48	62,34	42	54,55
Próstata (Homem 8)	5	62,50	4	50,00
Pele (Homem + Mulher 85)	31	36,47	29	34,12
Outros (Homem + Mulher 85)	4	4,71	—	0,00
Nenhum (Homem + Mulher 85)	13	15,29	14	16,47
TEM O HABITO DE FUMAR				
Sim	2	2,35	1	1,18
Não	68	80,00	68	80,00
Ex-fumante	15	17,65	16	18,82
TIPO DE BEBIDA DE QUE FAZ USO				
Nenhuma	36	42,35	39	45,88
Destilada	1	1,18	2	2,35
Cerveja	24	28,24	19	22,35
Vinho	25	29,41	20	23,53
Licor	8	9,41	4	4,71
Outras	1	1,18	1	1,18
Já usou/ não mais	5	5,88	9	10,59
O APETITE NO ÚLTIMO MÊS				
O mesmo	57	67,06	53	62,35
Diminuiu	22	25,88	27	31,76
Aumentou	5	5,88	4	4,71
Não respondeu	1	1,18	1	1,18
COMO ESTÁ O SONO?				
Como de costume	52	61,18	43	50,58
Diminuído	27	31,76	35	41,18
Aumentado	6	7,06	7	8,24
SONO DIÁRIO (em horas)				
< 4	8	9,41	6	7,06
4 — 6	30	35,30	33	38,82
6 — 8	37	43,53	36	42,35
> 8	8	9,41	6	7,06
Não respondeu	2	2,35	4	4,71
EXERCÍCIO REALIZADO PELO ALUNO				
Trabalhando	42	49,41	33	38,82
Caminhando	53	62,35	50	58,82
Futebol	2	2,35	2	2,35
Bicicleta	5	5,88	2	2,35
Natação	16	18,82	15	17,65
Dança	27	31,76	25	29,41
Ginástica	19	22,35	22	25,88
Oportunamente (Compras, levar criança à escola, indo ao trabalho a pé)	35	41,18	28	32,94
NÚMERO DE VEZES E DURAÇÃO POR SEMANA DOS EXERCÍCIOS				
Todos os dias de meia a 1 hora	28	32,94	29	34,12
Três vezes de meia a 1 hora	29	34,12	29	34,12
Duas vezes de meia a 1 hora	17	20,00	17	20,00
Outros	8	9,41	7	8,23
Não se aplica	3	3,53	3	3,53

Continuação Tabela 3.

CARACTERÍSTICA	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA			
	ANTES		DEPOIS	
	n	%	n	%
SOFREU QUEDAS?				
Não sofreu quedas	32	37,65	32	37,65
Com fratura	25	29,41	26	30,59
Sem fratura	28	32,94	27	31,76
USA MEDICAMENTOS				
Com receita médica	47	55,29	51	60,00
Sem receita médica	7	8,24	8	9,41
Não usa	31	36,47	26	30,59
ENTIDADE OU GRUPO ASSOCIATIVO				
Clubes	11	12,94	12	14,12
Sindicatos	2	2,35	5	5,88
Instituição religiosa	44	51,76	42	49,41
Instituição caridade	5	5,88	7	8,24
Associações	11	12,94	13	15,29
Outros	24	28,24	23	27,06
Não participa	4	4,71	6	7,06
OPÇÕES DE LAZER				
Televisão	70	82,35	72	84,71
Rádio	38	44,71	36	42,35
Jornal	35	41,18	38	44,71
Ler revistas e livros	44	51,76	48	56,47
Receber visitas	41	48,24	43	50,59
Cinema e teatro	7	8,24	13	15,29
Andar pela vizinhança	10	11,76	13	15,29
Ir à igreja	68	80,00	73	85,88
Ir a jogos (esporte)	5	5,88	4	4,71
Participar de esporte	4	4,71	2	2,35
Fazer compras	56	65,88	58	68,24
Visitar os amigos	41	48,24	44	51,76
Visitar parentes	46	54,12	49	57,65
Passeios de excursão	39	45,88	36	42,35
Encontro social ou com.	25	29,41	29	34,12
Costurar, bordar e tricotar	40	47,06	38	44,71
Distrair	16	18,82	16	18,82
Apreciar a natureza	51	60,00	55	64,71
Outros	3	3,53	4	4,71
DATAS COMEMORADAS COM FREQUÊNCIA				
Aniversários				
Natal	81	95,29	83	97,65
Dia das mães	78	91,76	81	95,29
Dia dos pais	74	87,06	74	87,06
Bodas	60	70,59	57	67,06
Outras	37	43,53	30	35,29
	7	8,24	7	8,24
NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM A VIDA				
Ótimo	39	45,88	36	42,35
Bom	28	32,94	37	43,53
Regular	18	21,18	12	14,12

Continuação Tabela 3.

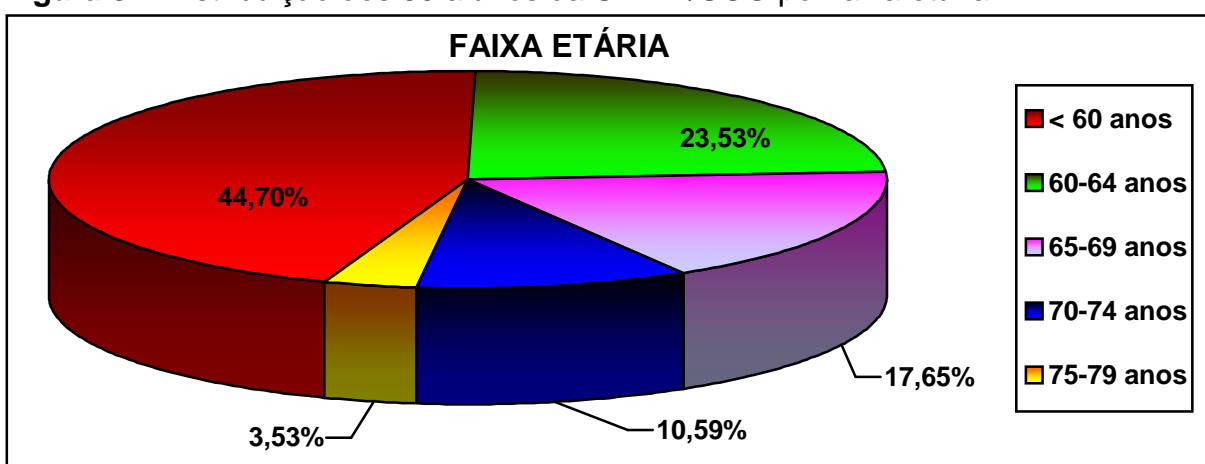
CARACTERÍSTICA	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA			
	ANTES		DEPOIS	
	n	%	n	%
RELAÇÃO AFETIVA FAMILIAR				
Não tem família	1	1,18	2	2,35
Muito satisfeito	32	37,65	35	41,18
Satisfeito	43	50,59	39	45,88
Insatisfeito	6	7,05	8	9,41
Não respondeu	3	3,53	1	1,18
COSTUMA DIVERTIR-SE?				
Não	3	3,53	4	4,71
Difícilmente	21	24,71	21	24,71
De vez em quando	32	37,65	29	34,12
Regularmente	29	34,11	31	36,46

Tabela 4 – Descrição de características relacionadas à saúde mental dos 85 alunos da UNATI/UCG.

CARACTERÍSTICA	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA			
	ANTES		DEPOIS	
	n	%	n	%
MEMÓRIA NO MOMENTO				
Muito boa	8	4,41	6	7,06
Boa	29	34,12	23	27,06
Regular	38	44,71	48	56,47
Ruim	10	11,76	8	9,41
QUANDO NERVOSO, ATIVIDADES FÍSICAS PRATICADAS				
Yoga	2	2,35	3	3,53
Tai-chi-chuan	1	1,18	1	1,18
Relaxamento	22	25,88	20	23,53
Massagem	11	12,94	12	14,12
Automassagem	4	4,71	3	3,53
Meditação	40	47,06	37	43,53
Outros	17	20,00	20	23,53
Nenhuma	13	15,29	13	15,29
TOMA REMÉDIO PARA DOENÇA NERVOSA?				
Sim	13	15,29	14	16,47
Não	72	84,71	71	83,53
SENTIU DOR DE CABEÇA NO ÚLTIMO MÊS?				
Não	23	27,06	21	24,71
Algumas vezes	31	36,47	39	45,88
Raramente	19	22,35	14	16,47
Freqüentemente	12	14,12	11	12,94
FEZ TRATAMENTO PSICOLÓGICO, PSQUIÁTRICO OU DE DOENÇA NERVOSA?				
Sim	23	27,06	29	34,12
Não	61	71,76	55	64,71
Não responde	1	1,18	1	1,18

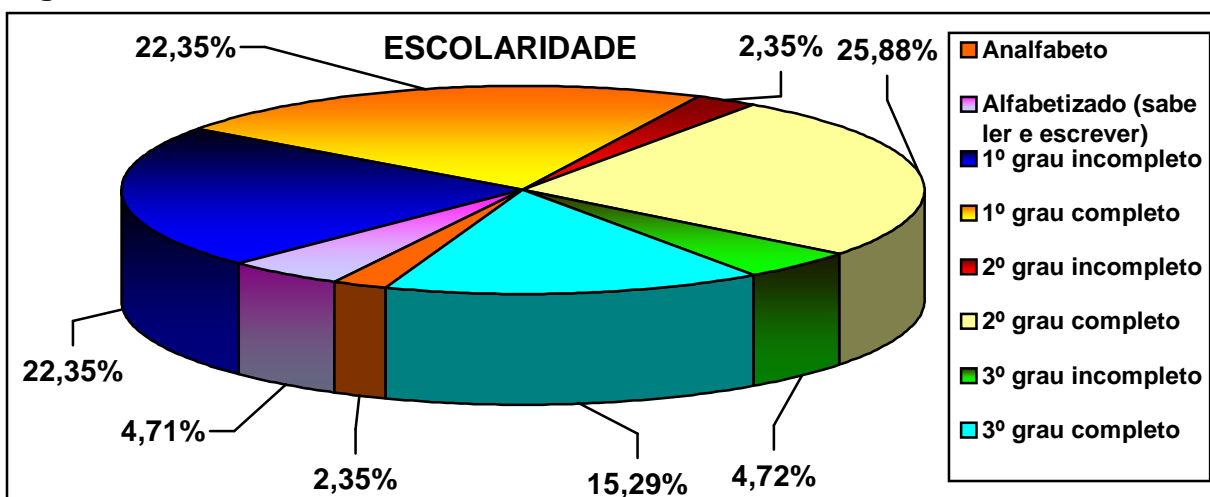
Conforme mostram os dados da Tabela 1, na amostra constituída por 85 alunos da UNATI/UCG, predominaram o sexo feminino (90,59%), a cor branca (69,41%) e a faixa etária menor de 60 anos (44,70%) seguida de 60 a 64 anos (23,53%). Observou-se predominância da faixa etária menor de 60 anos de idade 44,70%, seguida de 41,18% na faixa etária de 60 a 69 anos e de de 14,12% na faixa etária de 70 a 79 anos (Figura 5).

Figura 5 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG por faixa etária.



Quanto à escolaridade, predominaram os alunos com o segundo grau completo (25,88%) e com o incompleto (2,35%), seguido do primeiro grau completo ou incompleto (22,35% cada), sendo que somente 15,29% haviam cursado o nível superior completo e o incompleto correspondia a 4,72%. A taxa de analfabetismo foi de 2,35% e 4,71% foram alfabetizados sabendo ler e escrever, porém apresentaram pouco tempo de freqüência à escola (Tabela 1 e Figura 6).

Figura 6 – Grau de escolaridade dos 85 alunos da UNATI/UCG.



A religião predominante foi a Católica (77,65%) (Tabela 1).

Com relação ao estado civil, houve predomínio dos alunos viúvos(as) (37,65%); os solteiros(as) representaram 14,12%; os(as) casados(as), 34,12%; e os (as) separados(as), desquitados(as) e divorciados(as), 10,58% da amostra. Os alunos sem companheiro(a) — solteiros, separados, desquitados, divorciados e viúvos — totalizaram 62,35% da amostra, ao passo que os(as) casados(as) e com companheiro(a) — representaram 37,65% do total (Tabela 1 e Figura 7). Na amostra predominaram os alunos com filhos(as) (89,41%), e dos 76 que tiveram filhos a média é de quatro filhos por casal (Tabela 1 e Figura 8).

Figura 7 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo a convivência.

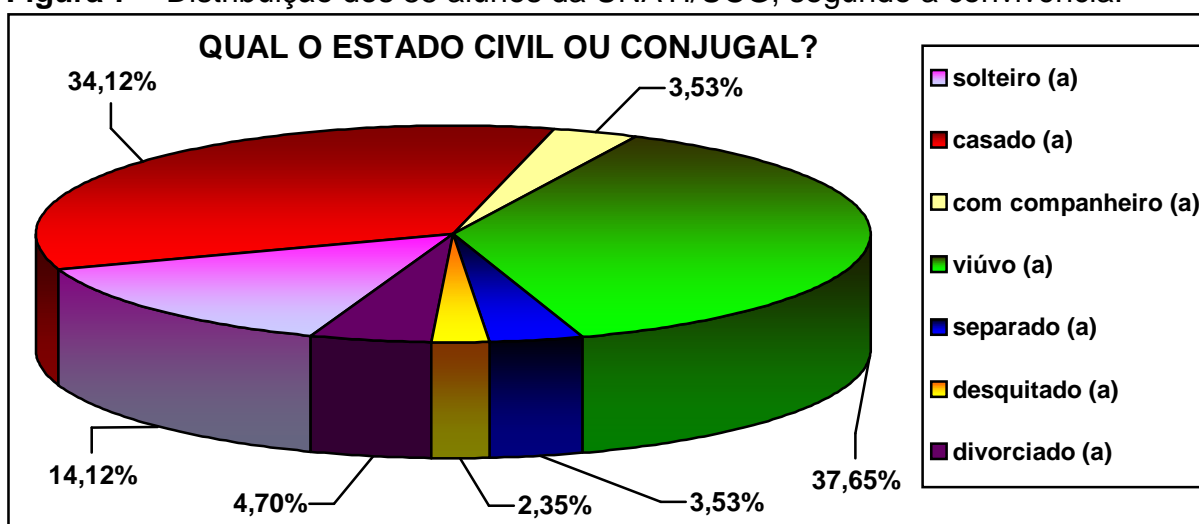
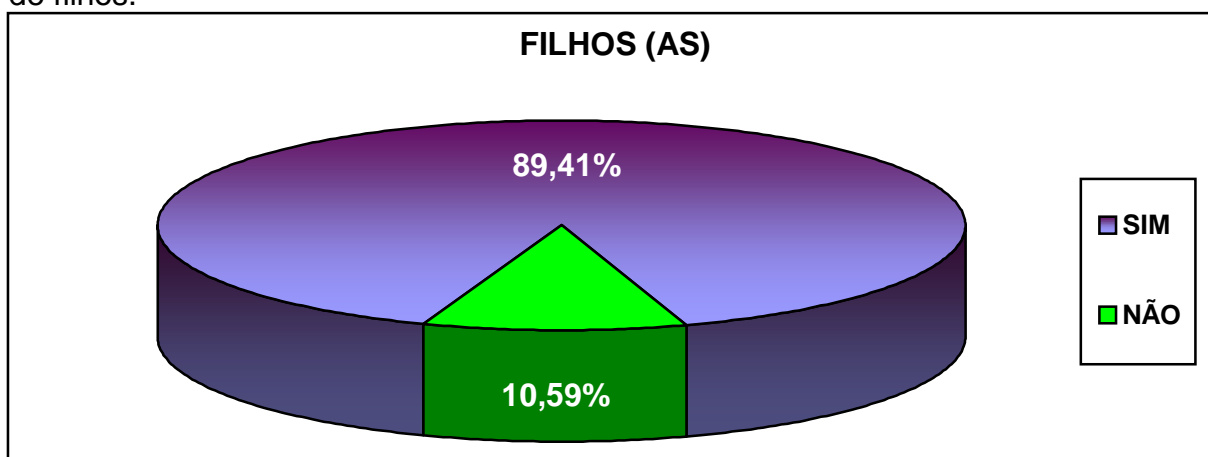


Figura 8 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo a existência ou não de filhos.



Quanto à situação profissional, predominaram os aposentados por idade (28,24%), seguidos por aposentados por tempo de serviço (27,06%) e aposentados

por incapacidade (10,59%). 16,46% têm como atividade prendas do lar (Tabela 2).

Na amostra estudada, 80,00% não têm trabalho remunerado (Tabela 2 e Figura 9). A maior parte (64,71%) recebe seu rendimento da aposentadoria; 12,94%, de pensão; 8,23% de ajuda dos filhos; e 3,53%, de rendimentos (aluguéis e juros). A maior concentração de renda dos alunos está entre um e dois salários mínimos com 36,47%, segue-se a renda igual ou superior a 5 salários mínimos (27,06%). 22,35% recebem de 3 a 4 salários mínimos e 5,88% recebem menos de 1 salário mínimo (Tabela 2 e Figura 10). A maior parte dos alunos (55,29%) considera que o que ganha dá para cobrir as despesas (Tabela 2 e Figura 11).

Figura 9 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG quanto ao trabalho remunerado.

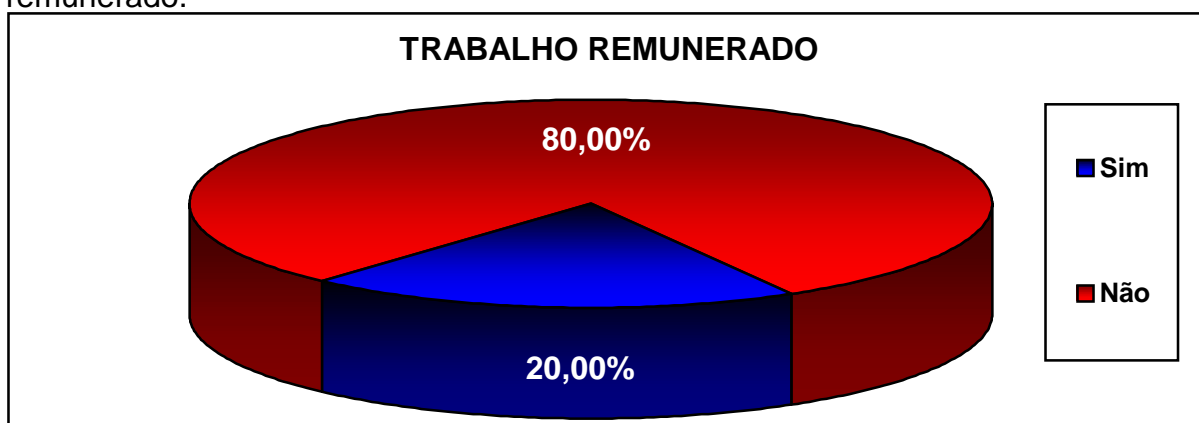


Figura 10 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG segundo o rendimento salarial.

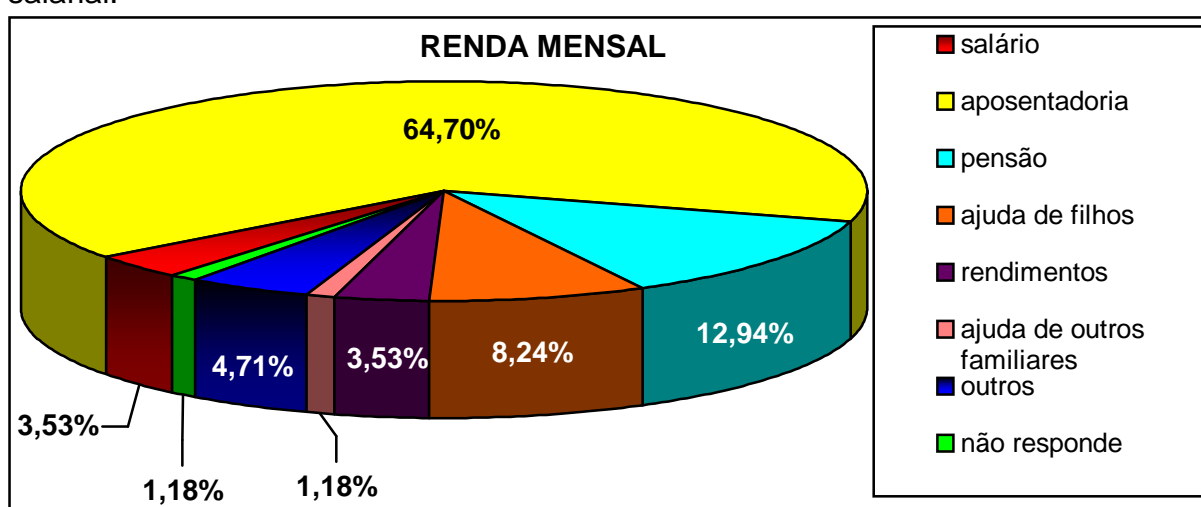
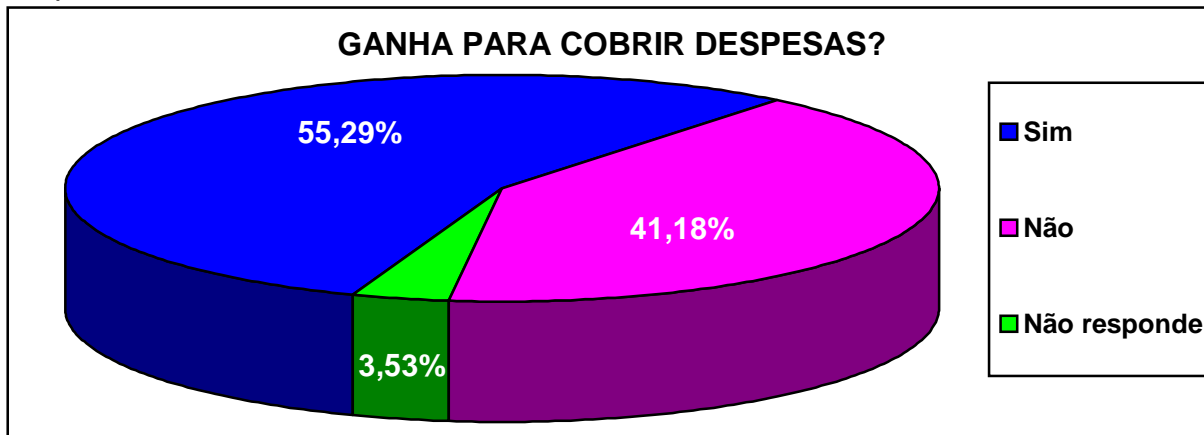


Figura 11 – Resposta dos 85 alunos da UNATI/UCG quanto a ganho e cobertura de despesas.



Na amostra de 85 alunos, predomina a moradia com os filhos(as) (31,77%), seguida de moradia com esposos(as)/companheiros(as) (29,41%); 15,29% moram sozinhos; 12,94%, com outras pessoas; e o restante (10,59%) com companheiros e filhos ou com outros parentes (Tabela 2 e Figura 12).

Dos 85 alunos, 50,59% usam sua renda (aposentadoria, salário, etc.) somente para seu próprio sustento; 32,94%, para o seu próprio sustento e de seus familiares; 9,41% dividem as despesas com os familiares; e 7,06%, usam sua renda para o próprio sustento e de seu(ua) esposo(a) (Tabela 2 e Gráfico 3).

Dos dados obtidos sobre moradia, a maioria dos alunos (75,29%) refere que tem casa própria; 16,47% moram em casa de familiares e 4,71%, em moradia alugada (Tabela 2 e Gráfico 4). Dos 4 (4,71%) que moram de aluguel, 75,00% afirmaram que o mesmo é pago pelos filhos e 25,00% dizem que é pago por outra pessoa não citada.

Figura 12 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, com relação à companhia.

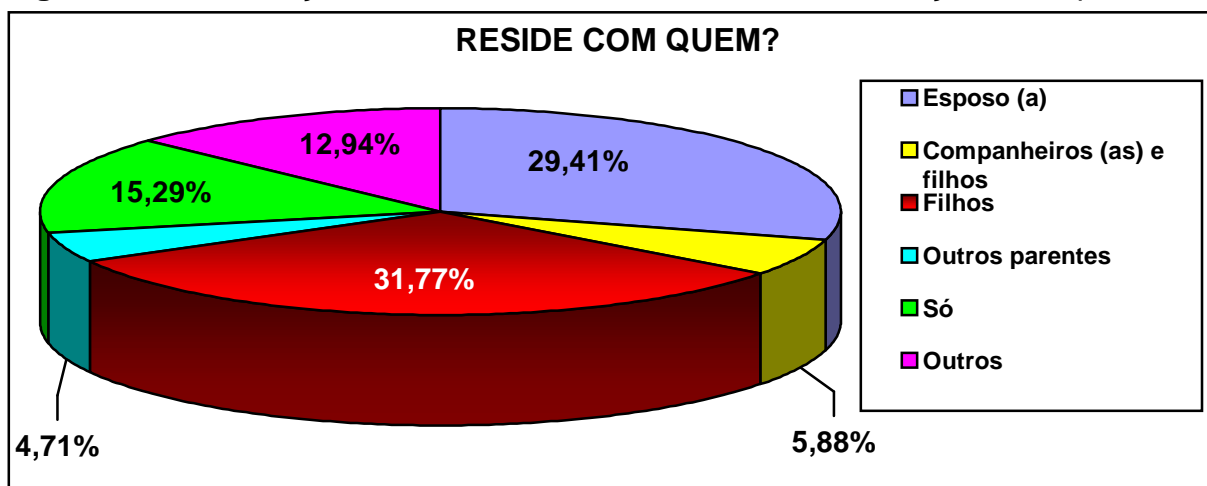


Gráfico 3 – Distribuição dos 85 alunos segundo o sustento com sua renda. (aposentadoria, salário...).

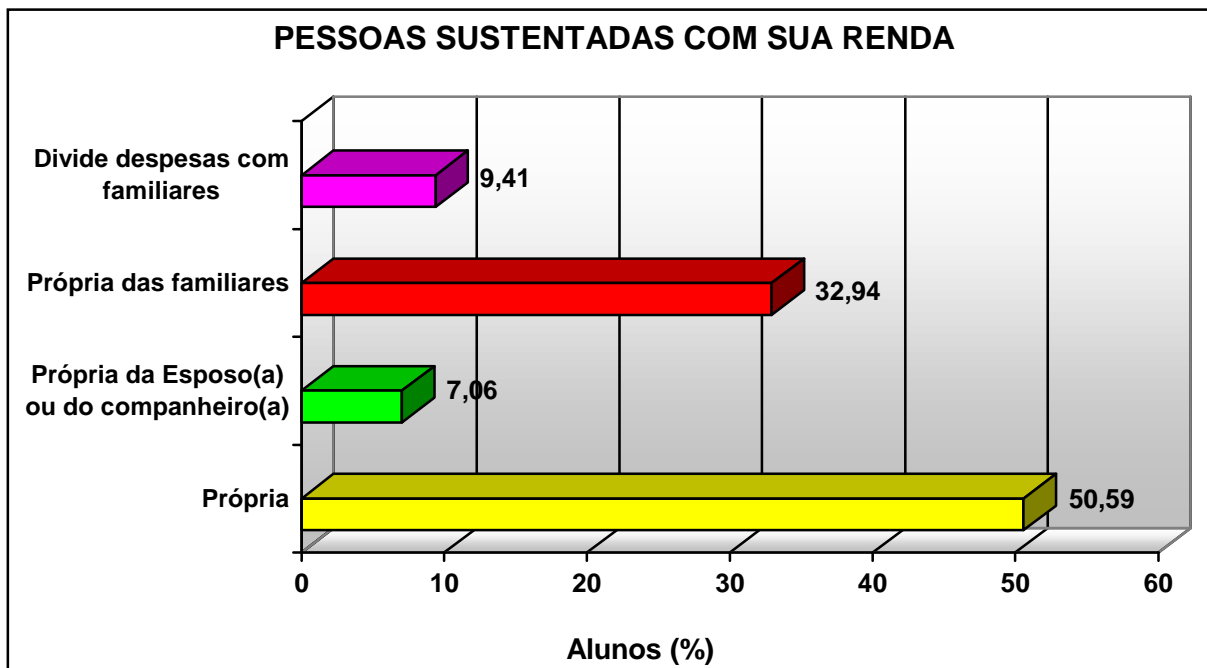
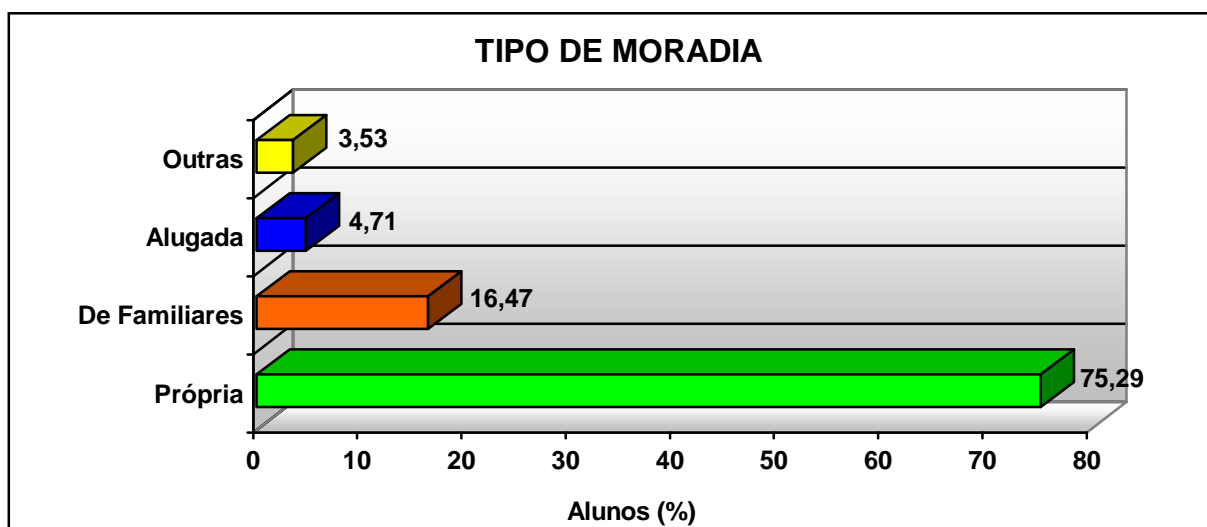


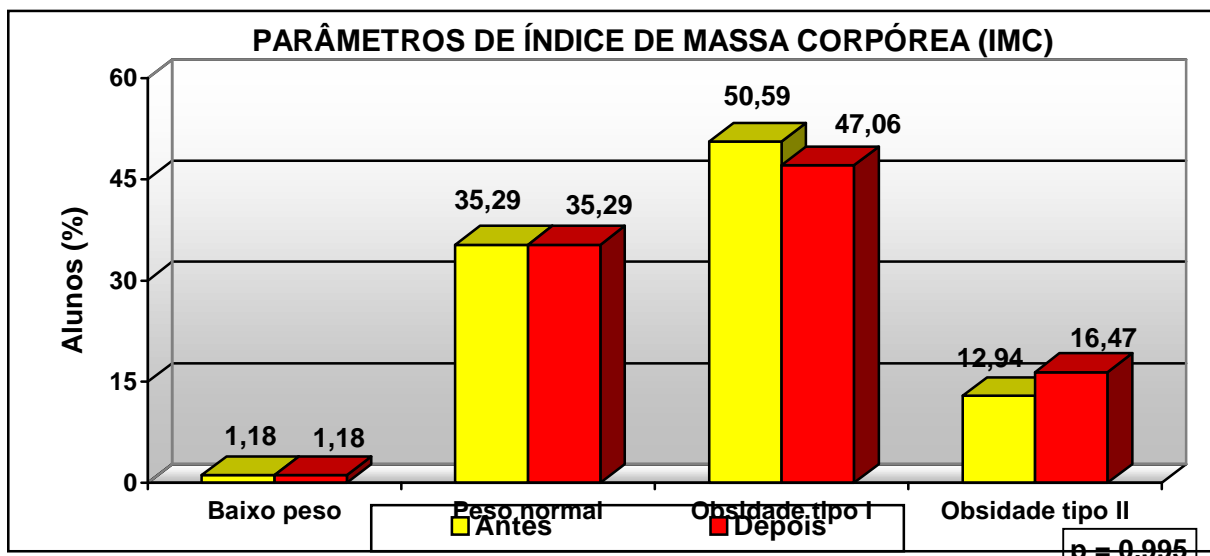
Gráfico 4 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG referente ao tipo de moradia.



O peso antes e depois do curso 39 (45,89%) pessoas aumentaram de peso, 36 (42,35%) diminuíram o peso, 10 (11,76%) continuaram com o mesmo peso e 2 (2,35%) não se pesaram.

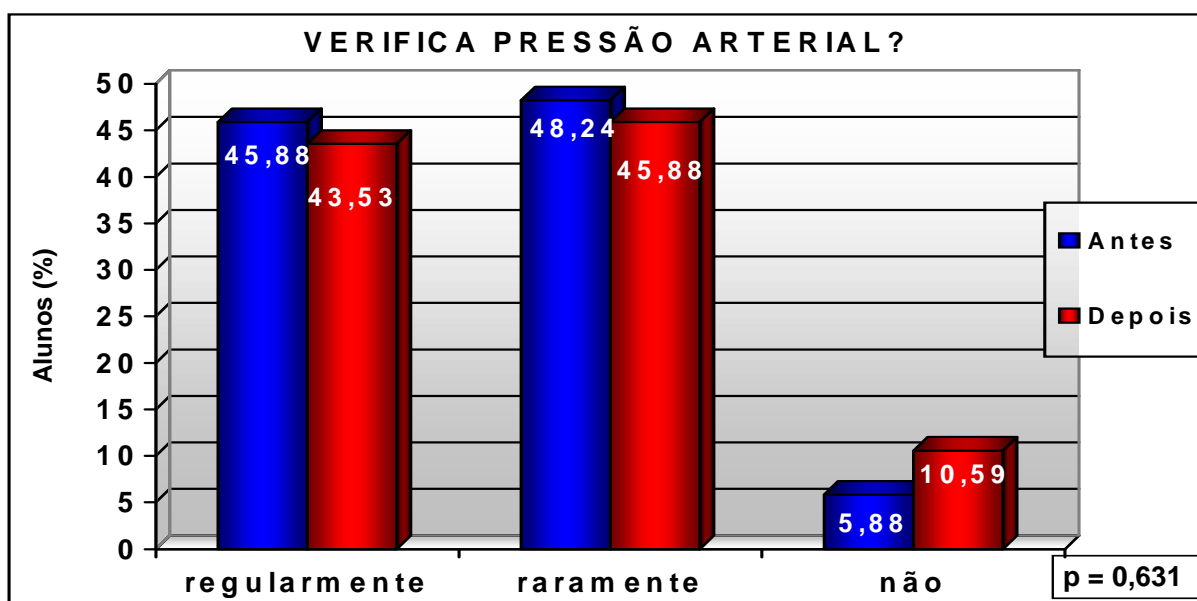
Antes e depois do curso/programa, o índice de massa corpórea (IMC) e da obesidade tipo I foi de 50,59% e 47,06%; obesidade tipo II 12,94% e 16,47%; peso normal 35,29% e 35,29% e baixo peso 1,18% e 1,18%, respectivamente (Tabela 3 e Gráfico 5).

Gráfico 5 – Parâmetros de Índice de Massa Corpórea (IMC) dos 85 alunos da UNATI/UCG.



De acordo com os dados descritos na Tabela 3 em relação à saúde física dos 85 alunos da UNATI/UCG, antes de freqüentarem o curso/programa, costumavam verificar a pressão arterial: 45,88% regularmente, raramente 48,24% e 5,88% não verificavam a pressão arterial. Depois de freqüentar o curso/programa, verificavam a pressão arterial: regularmente 43,53% e raramente 45,88%, e 10,59% não verificavam a pressão arterial. O teste de Macnemar revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os achados antes e depois (Simple Kappa = 0,629 ; $p = 0,631$) (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG referente à pressão arterial no início e término do curso.



De acordo com os dados descritos na tabela três antes e depois do curso/programa em relação à pressão arterial, respectivamente 32 (37,65%) e 28 (32,94%) tinham pressão arterial ideal (< 120 sistólica e < 80 diastólica); 14 (16,47%) e 26 (30,59%) tinham pressão arterial normal (< 130 sistólica e < 85 diastólica); 12 (14,12%) e 13 (15,29%) tinham pressão arterial normal alta (130~139 sistólica ou 86~89 diastólica); 22 (25,88%) e 7 (8,24%) tinham pressão arterial de hipertensão no estágio I (140~159 sistólica ou 90~99 diastólica); 3 (3,53%) e 5 (5,88%) tinham pressão arterial de hipertensão no estágio II (160~179 sistólica ou 100~109 diastólica) e tinham pressão arterial de hipertensão no estágio III (> 110 diastólica ou > 180 sistólica) 2 (2,35%) e 6 (7,06%). O teste de Macnemar revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os achados antes e após (Weighted Kappa = 0,861 $p = 0,995$).

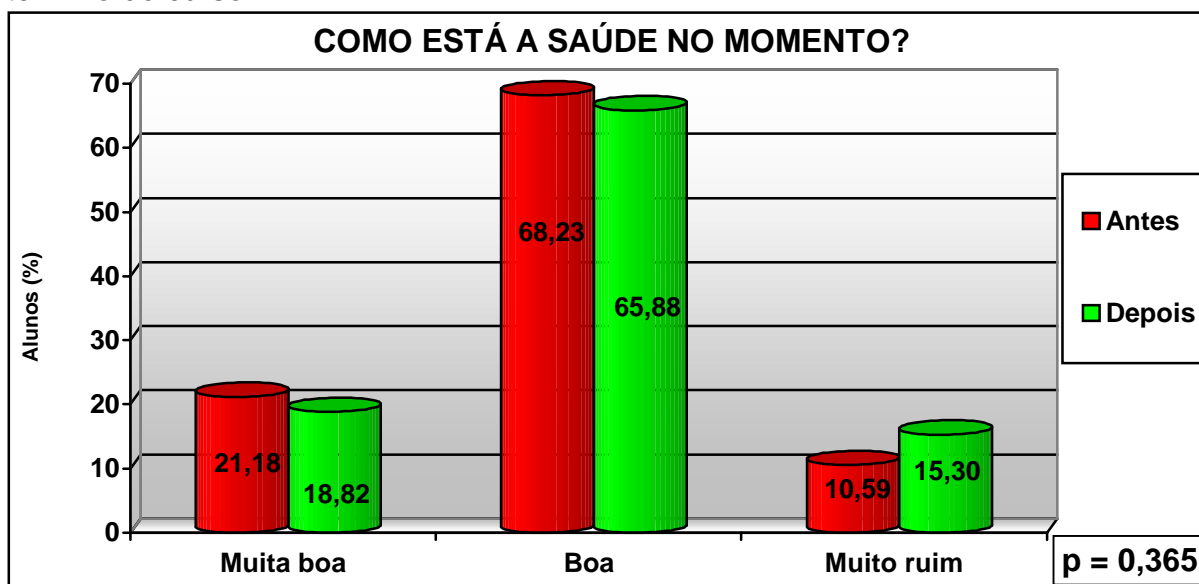
Quanto às vacinas que foram aplicadas no último ano antes de freqüentar o curso/programa, temos as seguintes em ordem decrescente de freqüência: antigripal 64,71%, antifebre-amarela 60,00%, antitetânica 40,00%, anti-hepatite 8,24% e anti-pneumocócica 1,18%. 10,59% não tomaram vacina e 4,71% não sabiam se tinham vacinado. Depois de freqüentar o curso/programa, as vacinas aplicadas em ordem decrescente foram: antigripal 68,24%, antifebre-amarela 52,94%, antitetânica 28,24%, anti-hepatite 14,12% e a anti-pneumocócica não apresentou freqüência. Não tomaram vacina 7,06% e 2,35 não sabiam se tinham usado. Não houve diferença significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Tabela 3).

Quanto ao número de vezes que procuraram o Serviço de Saúde no último ano, antes de iniciar o curso/programa, a freqüência, em ordem decrescente, foi de 34,12%, (uma vez), de 28,24% (duas vezes), de 24,70% (quatro ou mais vezes), de 9,41% (três vezes), e de 3,53% (nenhuma vez). Depois do curso/programa, esta ordem foi de 34,12% (duas vezes), 27,06%, (uma vez), 14,12% (tres vezes), 3,53% (nenhuma vez) e de 21,17% (quatro ou mais vezes). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Weighted Kappa = 0,862 ; $p = 0,664$) (Tabela 3).

Antes de freqüentarem o curso/programa, 68,23% dos alunos da UNATI/UCG entrevistados afirmaram ter uma saúde boa; 21,18%, muito boa e 10,59% a consideraram ruim. Depois de freqüentarem o curso/programa, 65,88%

dos alunos afirmaram ter saúde boa; 18,82%, muito boa e 15,30% a consideraram ruim. O teste de Macnemar revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Macnemar Simple Kappa = 0,729 $p = 0,365$) (Tabela 3 e Gráfico 7).

Gráfico 7 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG referente à saúde no início e término do curso.



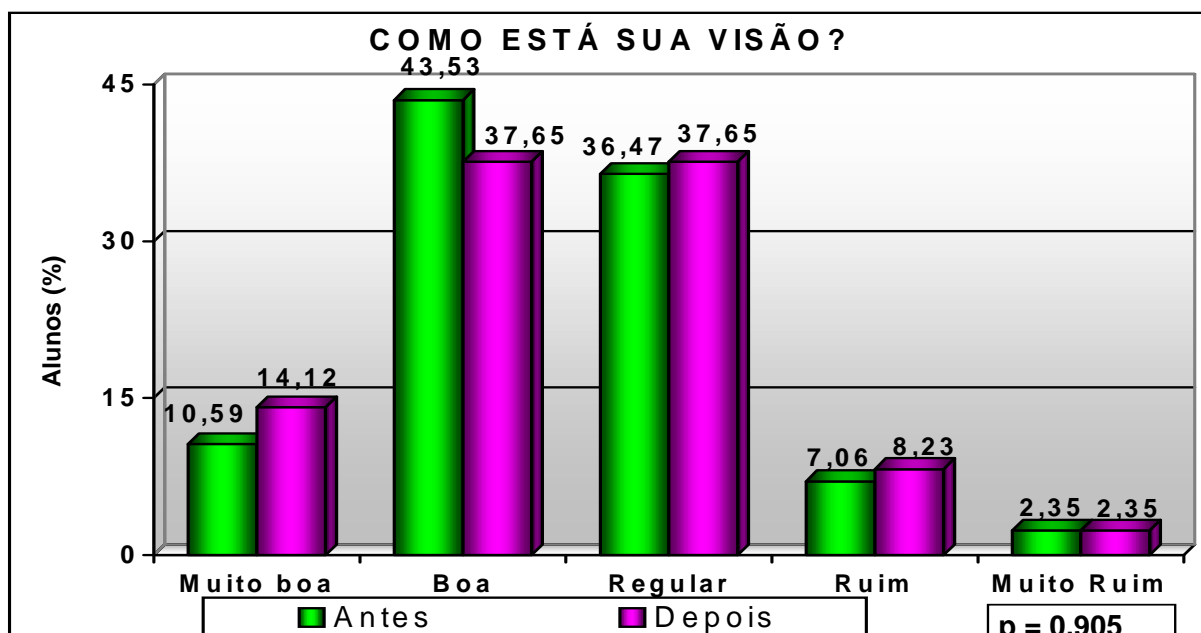
Os problemas de saúde que os alunos apresentaram antes de freqüentarem o curso/programa foram, em ordem decrescente de freqüência: reumatismo 42,35%; alterações na coluna 41,18%; alterações gastrointestinais (azia, má digestão, bolo no estômago, etc.) 21,06%; hipertensão 27,06%; osteoporose 24,71%; alterações intestinais (obstipação, diarréia) 16,47%; doenças do coração e obesidade 14,12%; diabetes e alterações respiratórias 9,41% e alterações dermatológicas e da tireóide 4,71%. Os problemas de saúde, no término do curso/programa, foram: alterações da coluna 42,35%; reumatismo 37,65%; hipertensão 31,76%; alterações gastrointestinais 25,88%; osteoporose 22,35%; obesidade 18,82%; alterações intestinais 14,12%; doenças do coração 12,94%; alterações respiratórias 10,59%; diabetes 8,24%; alterações dermatológicas e da tireóide 4,71%. No início e no término do curso, respectivamente 14,12% e 11,76%, dos alunos não apresentaram problemas de saúde. Não houve diferença significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Tabela 3).

Quanto à visão, respectivamente ao início e ao término do curso/programa; 10,59% e 14,12% achavam que a mesma era muito boa, 43,53% e

37,65% boa, 36,47% e 37,65% regular, 7,06% e 8,23% ruim, e 2,35% e 2,35% muito ruim. O teste de Macnemar revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre estes dados no início e término do curso (Weighted Kappa = 0,742 $p = 0,905$) (Tabela 3 e Gráfico 8).

Quanto ao uso de óculos ou lentes, 92,94% usavam no início e 90,59%, término do curso. O teste de Macnemar revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre estes dados (Simple Kappa = 0,641 ; $p = 1,000$) (Tabela 3).

Gráfico 8 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG referente à visão no início e no término do curso.



A audição era considerada boa e muito boa por 67,06% no início e por 61,17% no final do curso, não havendo diferença significativa entre estes dados (Tabela 3).

O estado geral dos dentes dos alunos, respectivamente no início e término do curso era considerável regular por 32,94% e por 37,65%. Faltavam todos os dentes em 41,18% e 43,53%, faltavam alguns dentes em 34,12% e 28,24%, e não faltavam dentes em 8,23% e 8,24%, respectivamente no início e final do curso. O teste de Macnemar revelou que não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao estado geral dos dentes entre os dados iniciais e finais do curso (Simple Kappa = 0,689 ; $p = 0,947$). O uso de dentes postiços, dentaduras e pontes ocorreu em 92,94% dos alunos estudados, sendo que somente 7,06% não têm dentes

posições, tanto no início como no término do curso (Tabela 3).

Dos 85 alunos entrevistados, 15,29% e 12,94% exalavam cheiro de urina na roupa, respectivamente no início e final do curso. Não houve diferença significativa entre os dados iniciais e finais (Tabela 3).

No início do curso, mantinham relações sexuais com parceiros fixos 62,35%, 36,47% sem parceiros fixos e 1,18% não as mantinham. Depois do curso/programa, com parceiro fixo, 61,18%, sem parceiro fixo, 36,47%, e não mantinham relações sexuais 2,35%. O teste de Macnemar revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Simple Kappa = 0,962 ; $p = 0,881$).

No início do curso, 60,00% não usavam camisinha, 2,35% a usavam às vezes, e somente 4,71% a usavam sempre. Estes dados no término do curso foram, respectivamente, de 56,47%, 3,53% e 3,53%. Neste item, 12,94% e 17,65% dos alunos não responderam, ao passo que 20,00% e 18,82% disseram que a pergunta não se aplicava, no início e término do curso, respectivamente. O teste de Macnemar revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Simple Kappa = 0,542 ; $p = 0,999$) (Tabela 3).

Já tinham apresentado doença sexualmente transmissível (DST) 14,12%, tanto no início como no término do curso. O teste de Macnemar revelou que não houve diferença significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Simple Kappa = 0,903 ; $p = 1,000$) (Tabela 3).

Entre as 77 alunas, 54,55% faziam terapia de reposição hormonal no início e 46,75% no término do curso. O teste de Macnemar revelou que houve diferença estatisticamente significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Simple Kappa = 0,793 ; $p = 0,034$). Para a avaliação de exames preventivos de câncer, foram interrogadas as 77 alunas quanto à prevenção do câncer de colo uterino e mama. 70,13% e 74,03% faziam os exames preventivos de colo uterino e 62,34% e 54,55% de mama, no início e término do curso, respectivamente. Os 8 alunos do sexo masculino foram interrogados quanto à prevenção do câncer de próstata. 62,50% e 50,00% deles faziam a prevenção, antes e depois do curso, respectivamente. Não houve diferença significativa entre os dados iniciais e finais

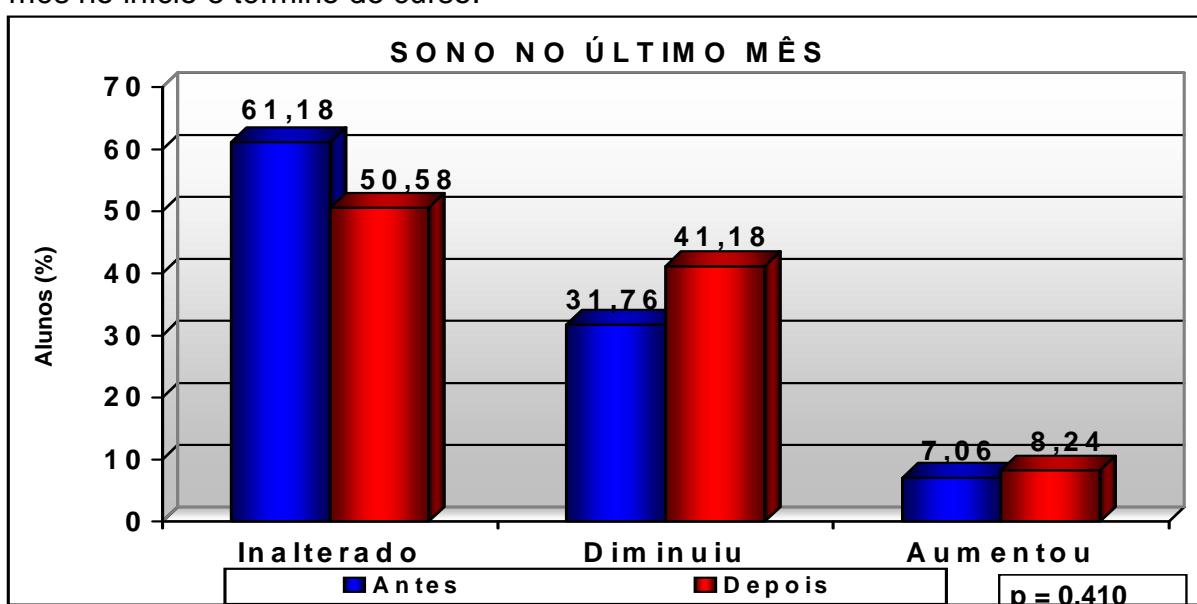
do curso. Aos 85 alunos perguntou-se sobre a prevenção do câncer de pele. 36,47% e 34,12% faziam esta prevenção, no início e término do curso, respectivamente (Tabela 3).

No que se refere ao hábito de fumar, antes e depois do curso/programa, respectivamente, 68 (80,00%) não fumavam, 2 (2,35%) e 1 (1,18%) fumavam 15 (17,65%) e 16 (18,82%) eram ex-fumantes, com uma média estatística, aproximadamente de 14 anos com o hábito de fumar.

Em relação ao uso de bebida alcoólica, os alunos responderam que, antes de freqüentar o curso/programa, 29,41% tomavam vinho, 28,24% cerveja, 9,41% licor e 10,59%, outra bebida 42,35% não tomaram nenhuma bebida e 1,18%. Bebida destilada já usaram e não usam mais 5,88%. No término do curso, 22,35% tomavam cerveja, vinho 23,53%, licor e outros 5,89%, nenhuma bebida 45,88% e bebida destilada 2,35%. Já usaram e não usam mais, 10,59%. Não houve diferença significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Tabela 3).

Quanto ao apetite, 25,88% e 31,76% o tiveram diminuído, 67,06% e 62,35% mantiveram-no sem alterações, e 5,88% e 4,71% o tiveram aumentado, respectivamente no início e término do curso. O teste de Macnemar revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dados iniciais e finais (Weighted Kappa = 0,759 e $p = 0,834$) (Tabela 3).

Gráfico 9 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG referente ao sono no último mês no início e término do curso.



Observou-se que, no início do curso, 31,76% dos alunos tinham diminuído o sono no último mês, permanecendo inalterado em 61,18% e aumentado em 7,06%. Depois do curso/programa, 50,58% mantiveram-no inalterado, tendo o mesmo diminuído em 41,18% e aumentado em 8,24%. Não houve diferença estatisticamente entre os dados iniciais e finais do curso. (Tabela 3 e Gráfico 9).

Quanto ao sono diário (em horas), antes do curso/programa, 43,53% dormiam de 6 a 8 h, 35,30% de 4 a 6 h, 9,41% menos de 4 h, 9,41% mais de 8 h e 2,35% não respondem. Depois do curso, dormiam de 4 a 6 h 38,82%, de 6 a 8 h 42,35%, menos de 4 h 7,06%, mais do que 8 h 7,06% e não respondem 4,71%. O teste de Macnemar revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dados iniciais e finais (Weighted Kappa = 0,700 ; $p = 0,912$) (Tabela 3).

Gráfico 10 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG quanto à atividade física praticada no início e término do curso/programa.

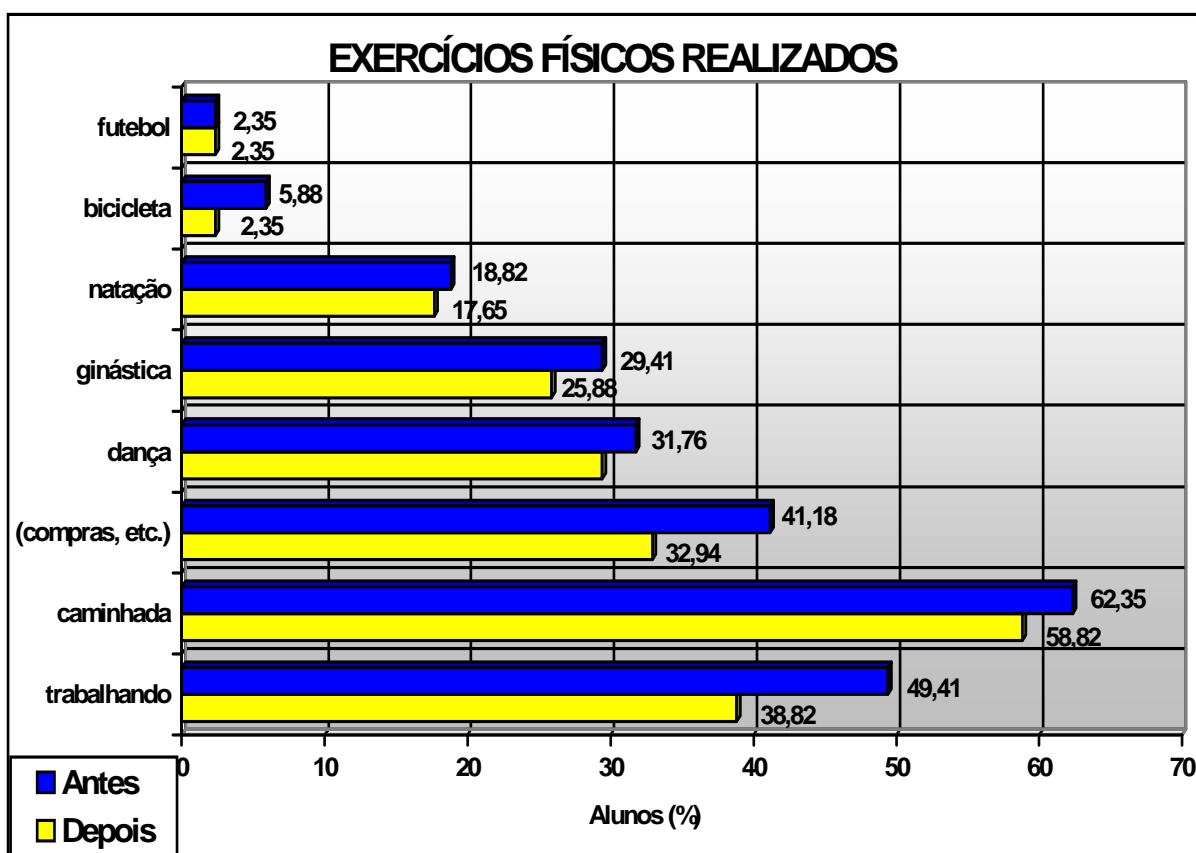
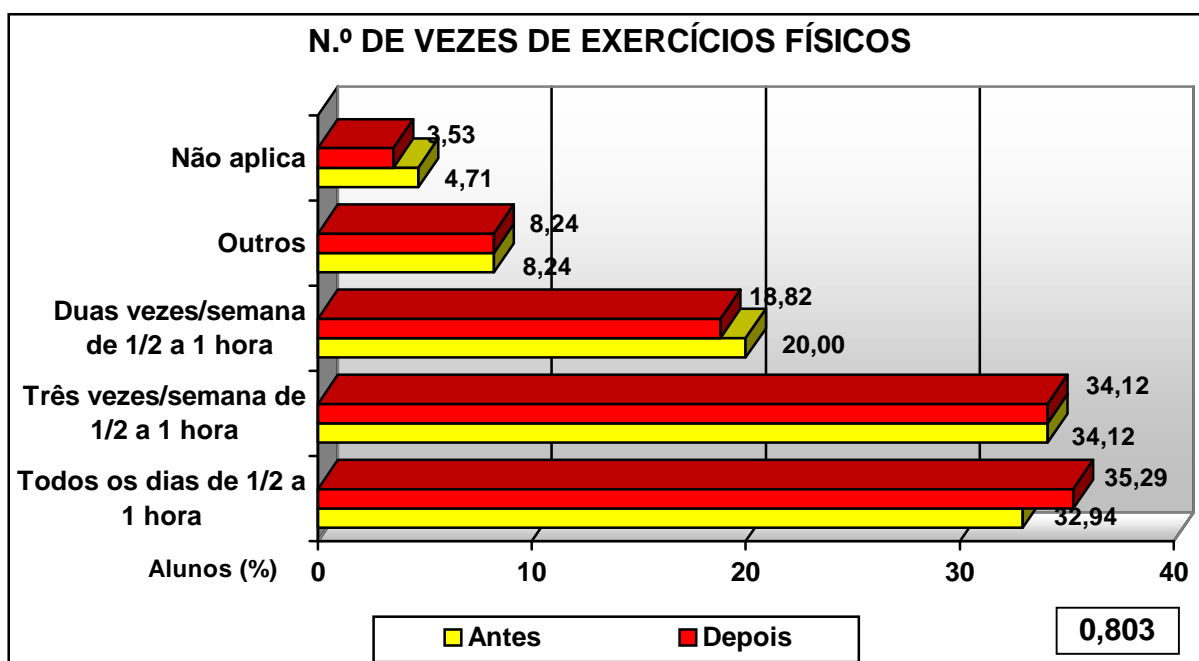


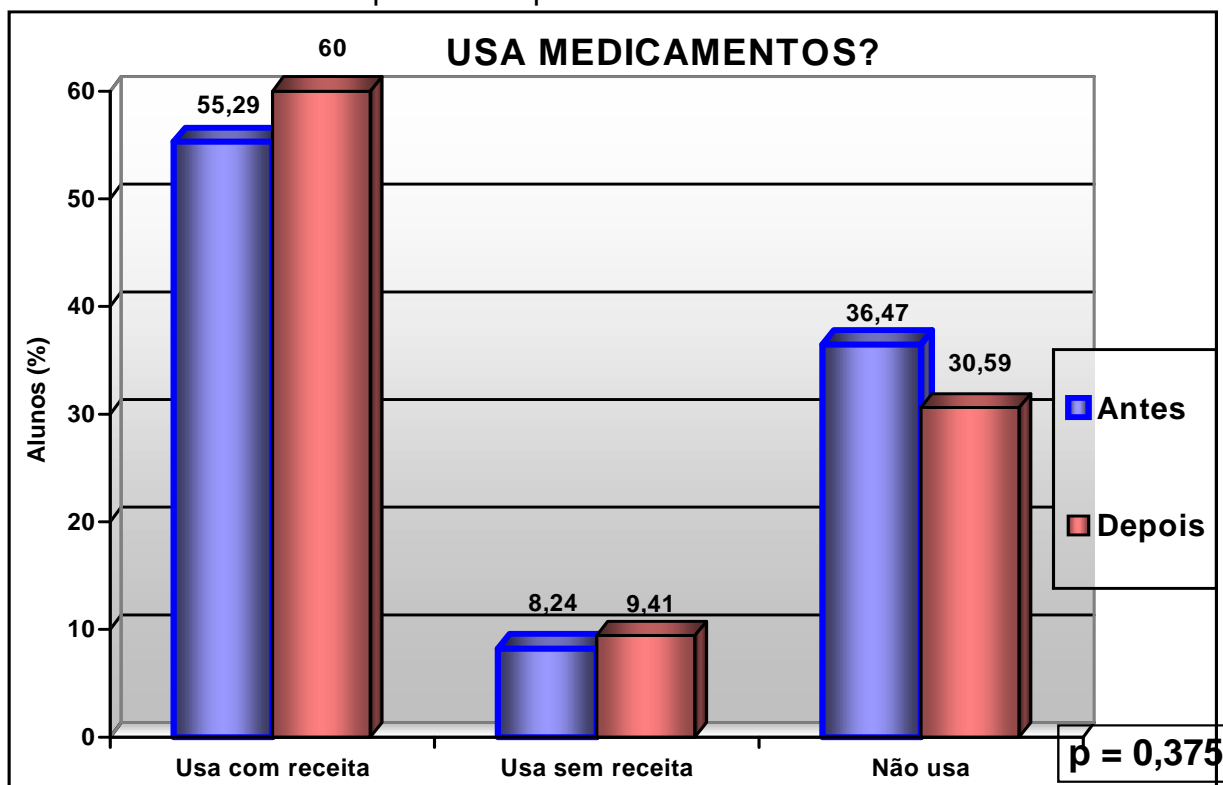
Gráfico 11 – Quantas vezes por semana os 85 alunos da UNATI/UCG fazem exercício físico, no início e no término do curso.



O exercício físico mais realizado foi a caminhada com 62,35% (Gráfico 10). O teste de Macnemar revelou que não houve diferença entre o número de vezes em que os 85 alunos da UNATI faziam exercício físico por semana, no início e no final do curso/programa (Weighted Kappa = 0,868 ; $p = 0,803$) (Gráfico 11).

Conforme a tabela 3, 37,65% dos alunos, antes e depois de freqüentarem o curso/programa, não sofreram quedas, e dos restantes, 29,41% e 30,59% respectivamente no início terminio do curso, tiveram quedas com fraturas e 32,94% e 31,76 sem fraturas. O teste de Macnemar revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Simple Kappa = 0,750 ; $p = 0,322$).

Gráfico 12 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo o uso de medicamentos antes e depois de freqüentarem o curso.



Antes e depois do curso, a maior parte dos alunos questionados (55,29% e 60,00%, respectivamente) usavam medicamentos com receita médica; ao passo que 8,24% e 9,41% usavam sem receita médica e 36,47% e 30,59% não usavam. O teste de Macnemar revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Simple Kappa = 0,802 ; $p = 0,375$) (Tabela 3 e Gráfico 12).

Os alunos participam de programas para a terceira idade como a UNATI, com 67,06% e do Centro de Convivência, com 16,47%. Dentro desses programas participam de grupos associativos, respectivamente antes e depois do curso, 51,76% e 49,41% participam de instituições religiosas 28,24% e 27,06%, de outras entidades não citadas, 12,94% e 14,12% de clubes, 12,94% e 15,29% de associações e sindicatos 2,35% e 5,88% e não participam deste tipo de atividades 4,71% e 7,06%, no início e término do curso respectivamente. Não houve diferença significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Tabela 3).

Dos 85 alunos, respectivamente no início e no final do curso/programa, tinham como opção de lazer a televisão 82,35% e 84,71%, ir à igreja 80,00% e 85,88%, fazer compras 65,88% e 68,24%, apreciar a natureza 60,00% e 64,71%,

visitar parentes 54,12% e 57,65%, ler revistas e livros 51,76% e 56,47%, visitar amigos 48,24% e 51,76%, receber visitas 48,24% e 50,59%, sendo sua menor opção ir ao cinema e teatro (8,24% e 15,29%), ir a jogos (5,88% e 4,71%) e participar de esportes (4,71% e 2,35%). Não houve diferença significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Tabela 3).

Os alunos comemoram com frequência datas importantes. Antes e depois do curso, respectivamente, as datas mais comemoradas foram: aniversários com 95,29% e 97,65%, Natal com 91,76% e 95,29%, dia das mães com 87,06% e 87,06%, dia dos pais com 70,59% e 67,06%, bodas com 43,53% e 35,29% e outras comemorações com 8,24% e 8,24%. Não houve diferença significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Tabela 3 e Gráfico 13).

Gráfico 13 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG referente à comemoração de datas importantes.

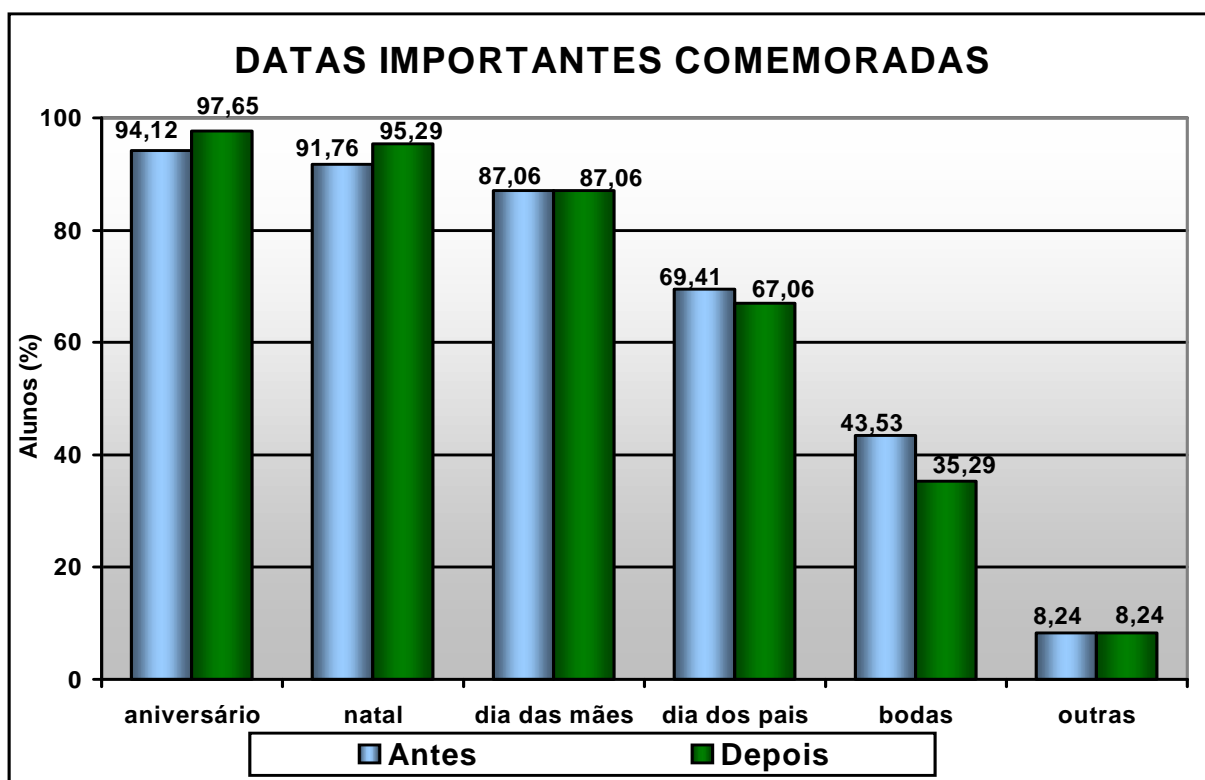
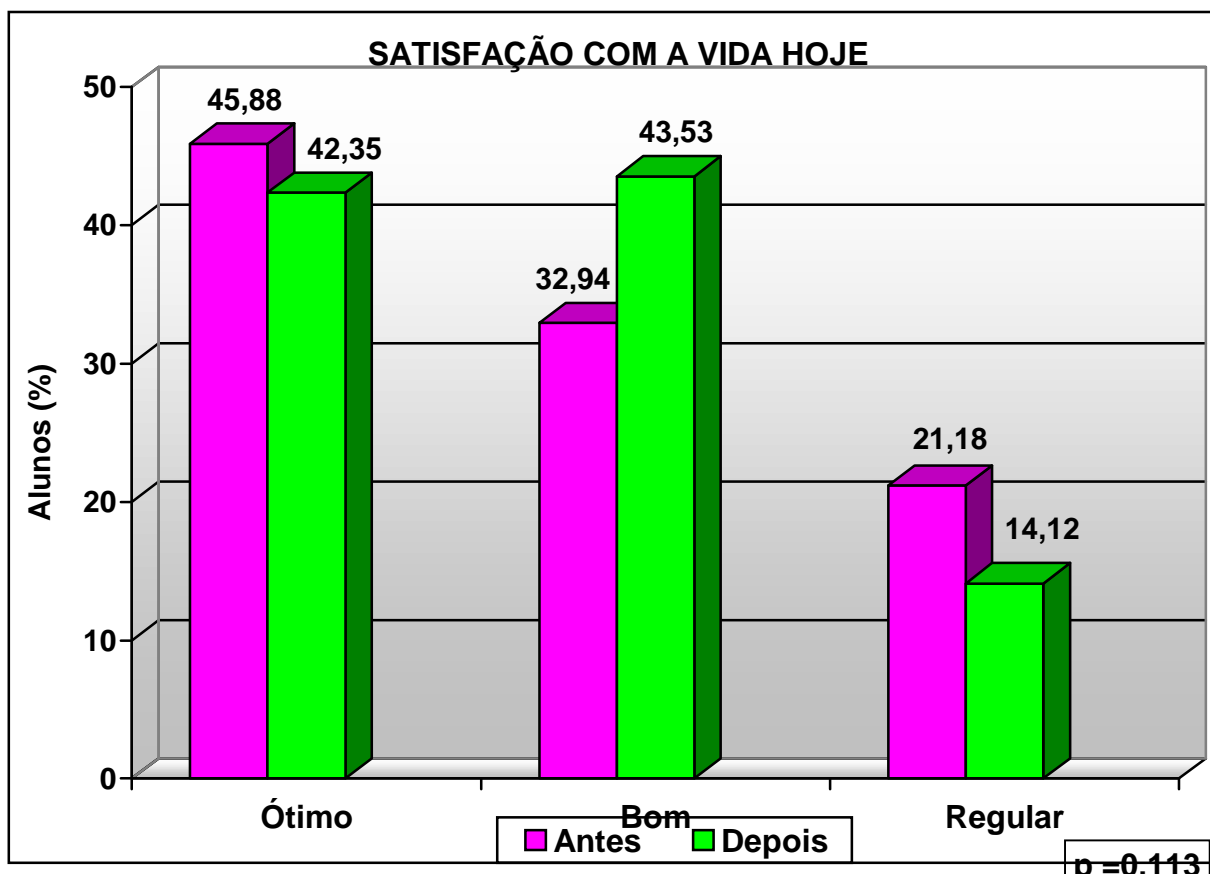


Gráfico 14 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG quanto ao seu nível de satisfação com a vida, no início e término do curso/programa.



Com relação ao nível de satisfação com a vida, respectivamente ao período anterior e posterior do curso/programa, 45,88% e 42,35% acham que a vida está ótima, 32,94% e 43,53% a consideraram boa, e 21,18% e 14,12% a consideraram regular. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Weighted Kappa = 0,715 ; $p = 0,113$) (Tabela 3 e Gráfico 14).

Com relação à vida afetiva familiar dos alunos, respectivamente ao período anterior posterior do curso/programa, 50,59% e 45,88% se sentem satisfeitos, muito satisfeitos 37,65% e 41,18%, insatisfeitos 7,05% e 9,41%, 1,18% e 2,35% não têm família e não respondem 3,53% e 1,18%. O teste de Macnemar revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Simple Kappa = 0,440 ; $p = 0,804$) (Tabela 3 e Gráfico 15).

Gráfico 15 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG referente à satisfação na relação afetiva familiar.

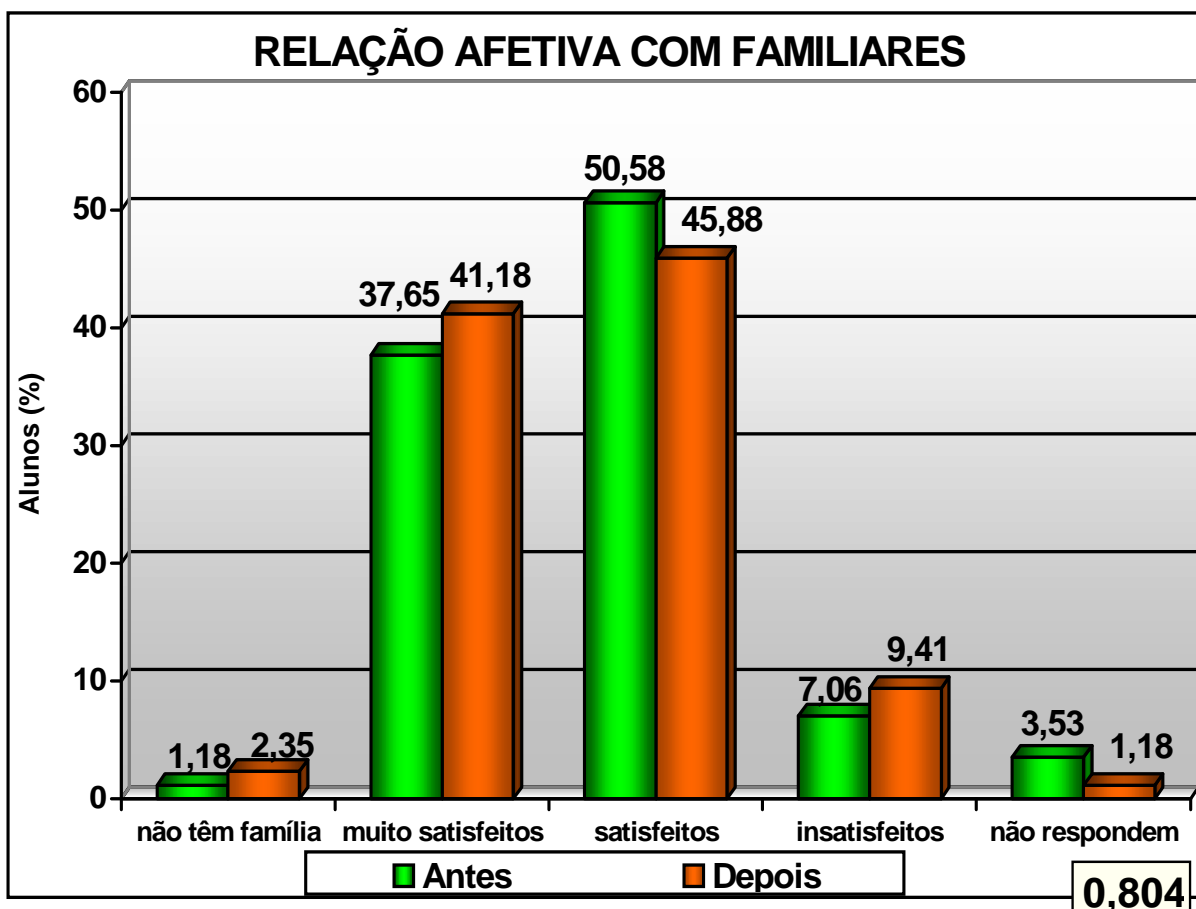
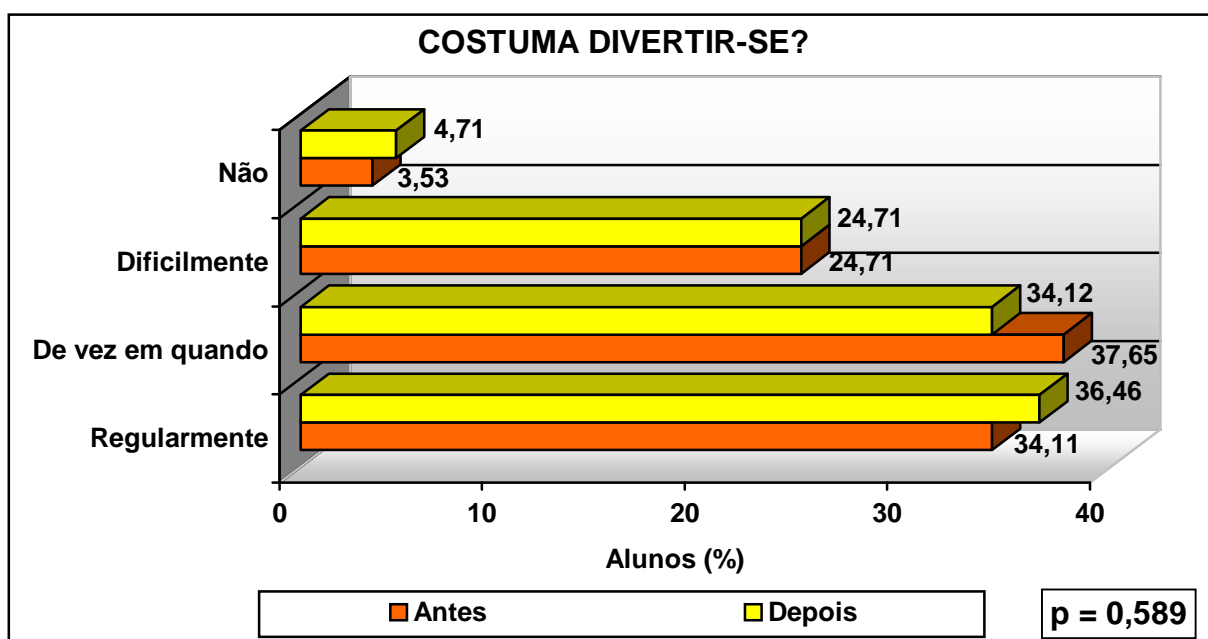
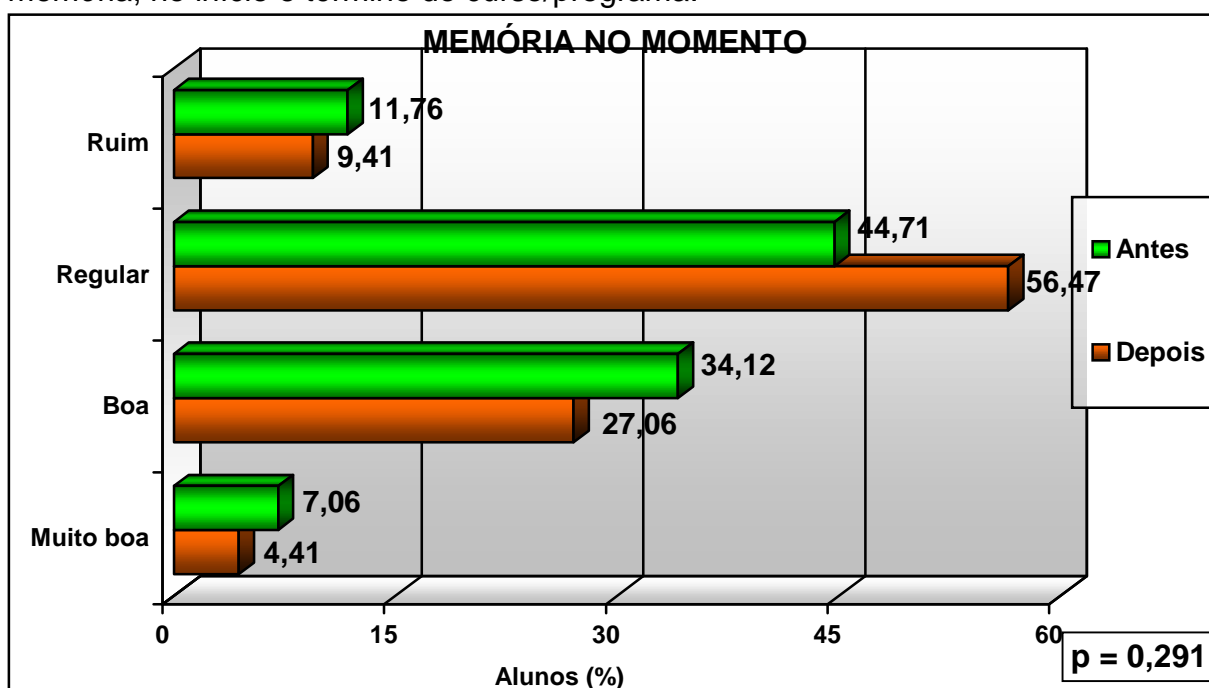


Gráfico 16 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG referente ao costume de divertir-se.



Observou-se que, respectivamente, antes e depois de freqüentarem o curso/programa, 37,65% e 34,12% divertiam-se de vez em quando, regularmente 34,11% e 36,46%, dificilmente 24,71% e não se divertiam 3,53% e 4,71%. O teste de Macnemar revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Simple Kappa = 0,661 ; $p = 0,589$) (Tabela 3 e Gráfico 16).

Gráfico 17 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo o grau de memória, no início e término do curso/programa.



Nos os 85 alunos, verificou-se que 34,12% e 27,06% consideravam sua memória boa, regular 44,71% e 56,47%, ruim 11,76% e 9,41% e muito boa 4,41% e 7,06%, respectivamente, antes e depois do curso/programa. O teste de Macnemar revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dados iniciais e finais (Weighted Kappa = 0,794 ; $p = 0,291$) (Tabela 4 e Gráfico 17).

De acordo com a tabela 4, antes e depois de freqüentarem o curso/programa, os alunos, quando ficavam nervosos, costumavam praticar atividades físicas, e a mais praticada, respectivamente, foi meditação com 47,06% e 43,53%.

No Gráfico 18 observa-se que houve um pequeno aumento no uso de medicações para doença nervosa (15,29% para 16,47%), O teste de Macnemar

revelou que esta diferença não foi significativa. (Simple Kappa = 0,692 ; $p = 0,706$) (Tabela 4).

Gráfico 18 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG referente ao uso de medicamentos para doença nervosa, antes e depois de freqüentarem o curso.

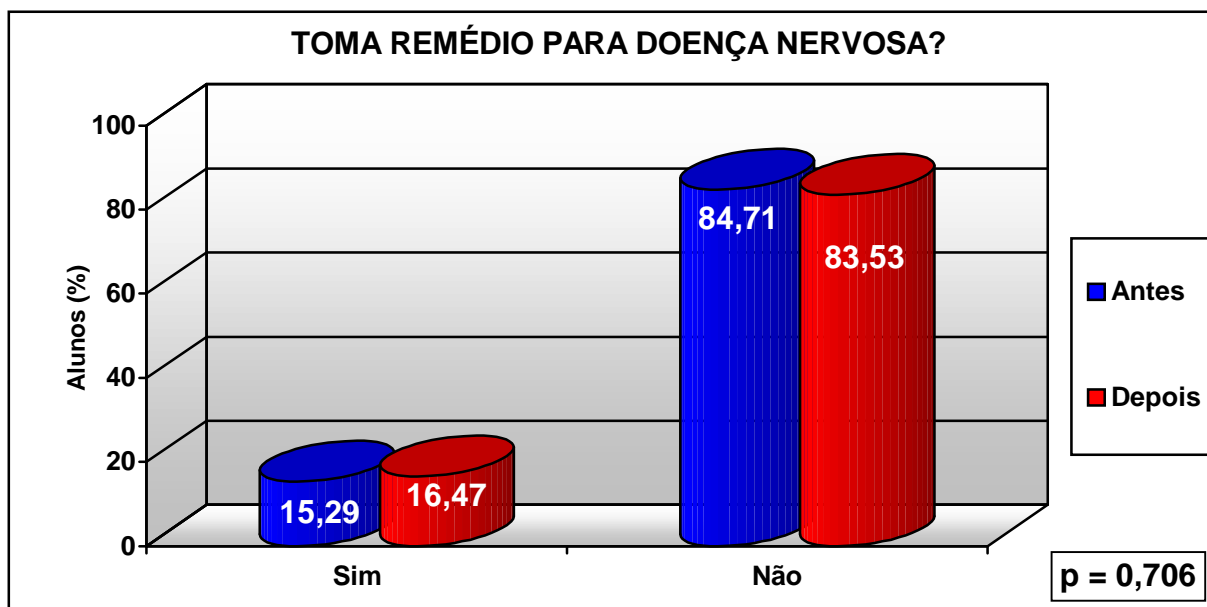
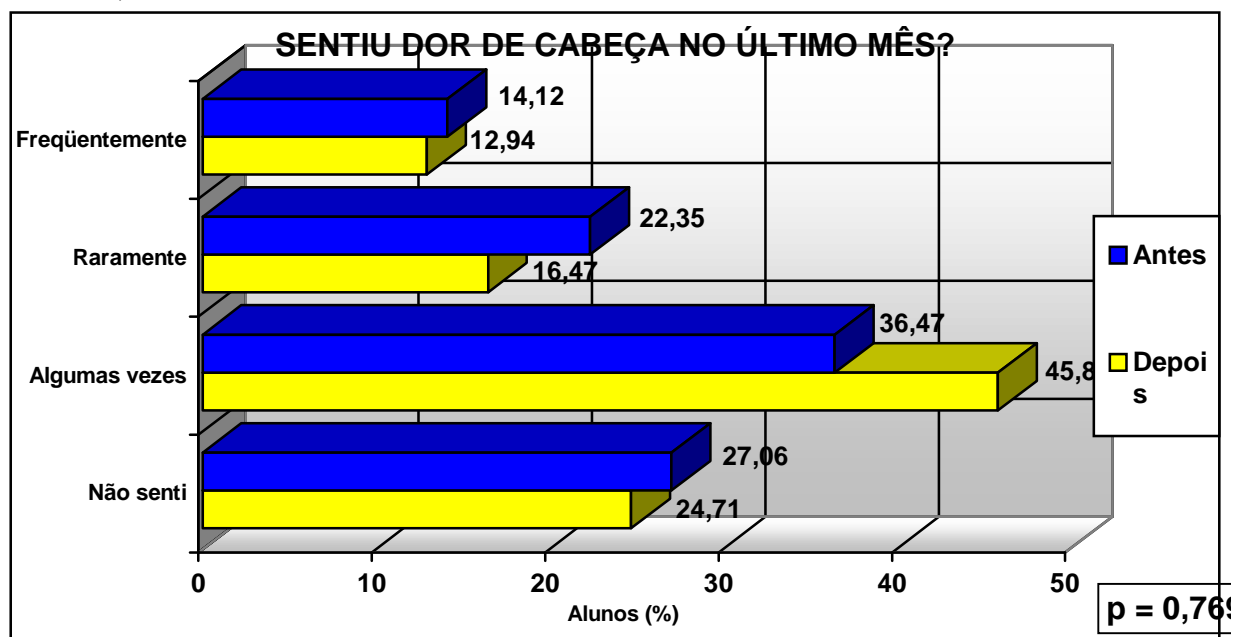


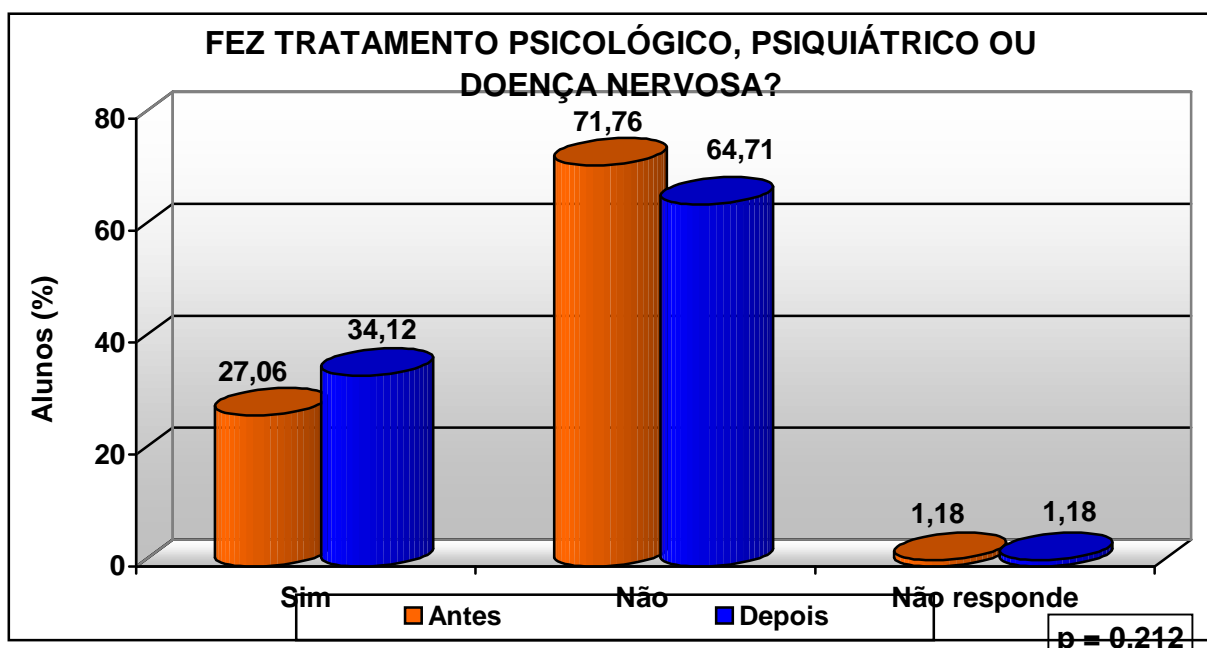
Gráfico 19 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG quanto à apresentação de cefaléia, no último mês.



Antes e depois do curso/programa, 27,06% e 24,71% respectivamente não sentiram dor de cabeça no último mês, ao passo que 36,47% e 45,88% a

tiveram algumas vezes, 22,35% e 16,47% raramente, e 14,12% e 12,94% freqüentemente. O teste de Macnemar revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dados iniciais e finais do curso (Simple Kappa = 0,600 ; $p = 0,769$) (Tabela 4 e Gráfico 19).

Gráfico 20 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG segundo a realização de tratamento psicológico e psiquiátrico, ou presença de doença nervosa, antes e após o curso/programa.



Tinham feito tratamento psicológico, psiquiátrico ou para doença nervosa, 27,06% e 34,12% dos alunos, respectivamente, antes e depois do curso/programa. O teste de Macnemar revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dados iniciais e finais (Simple Kappa = 0,926 ; $p = 0,212$) (Tabela 4 e gráfico 20).

7.2 – Análise da Deficiência Cognitiva dos Alunos no Início e no Término do Curso da UNATI/UCG.

Gráfico 21 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG segundo a deficiência cognitiva, antes e depois de freqüentarem o curso/programa.

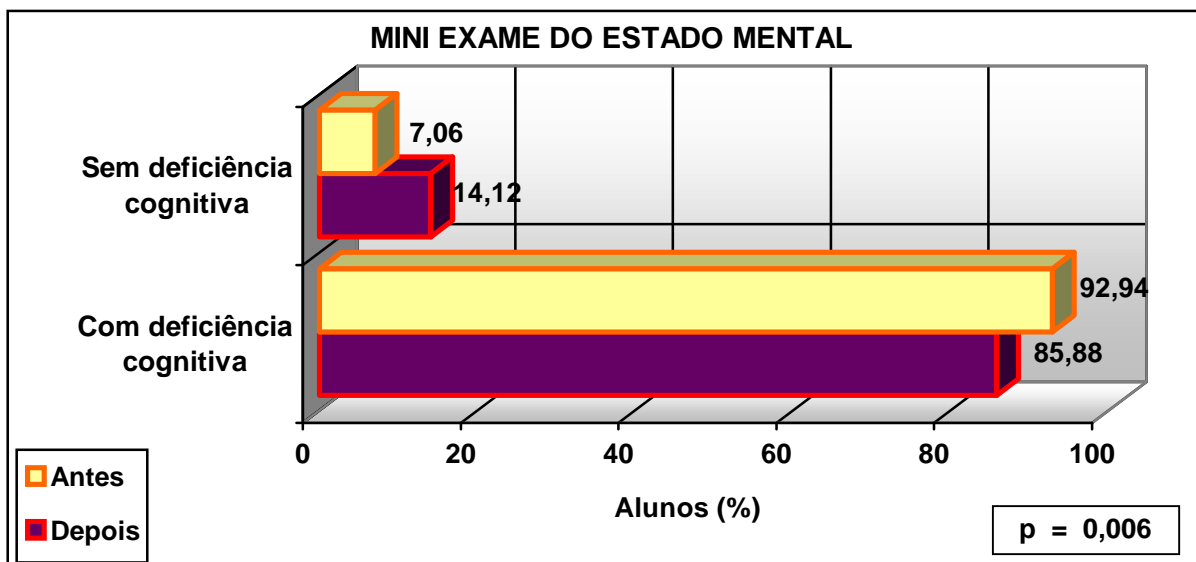
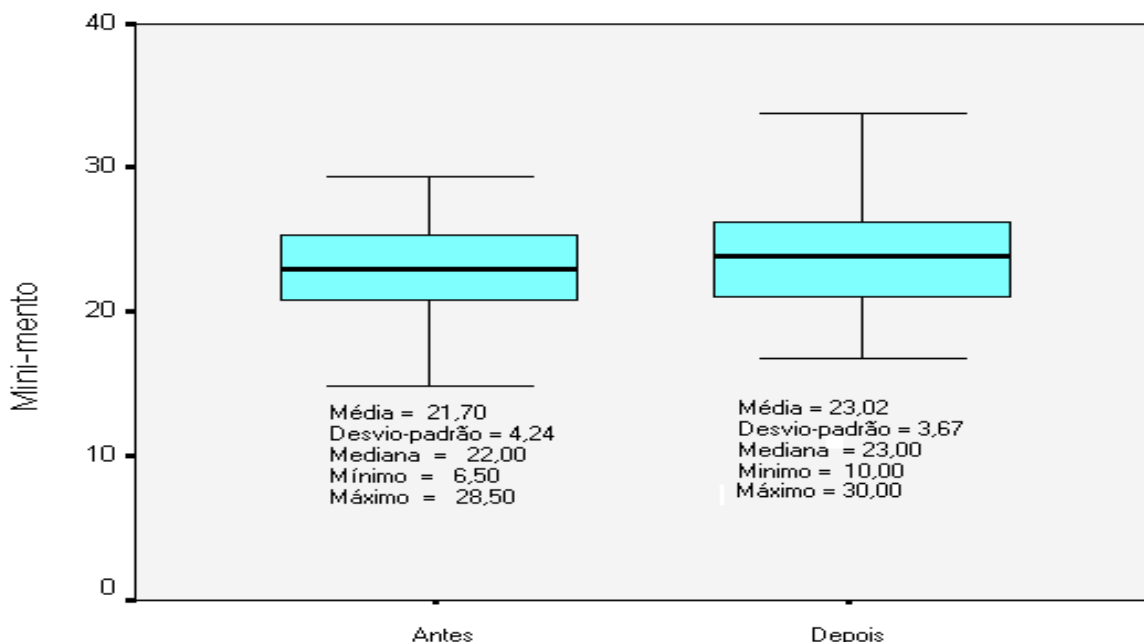


Figura 13 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo a deficiência cognitiva, antes e depois de freqüentarem o curso/programa.



Z = 2,746

p = 0,006

Tabela 5 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG, segundo a deficiência cognitiva, antes e após freqüentarem o curso/programa.

ANTES	DEPOIS		TOTAL
	COM DÉFICIT COGNITIVO	SEM DÉFICIT COGNITIVO	
Com deficiência cognitiva	70 (82,35%)	9 (10,59%)	79
Sem deficiência cognitiva	3 (3,53%)	3 (3,53%)	6 (7,06%)
	73 (85,88%)	12 (14,12%)	85 (100,00%)

Antes de freqüentarem o curso, 92,94% dos alunos apresentaram **deficiência cognitiva** e, depois do curso, 85,88% dos alunos apresentaram este tipo de deficiência. Houve diferença estatística altamente significativa que pode ser observada no teste de wilcoxon com valor de $p = 0,006$ (Tabela 5, Figura 13 e Gráfico 21).

Setenta alunos idosos, a que corresponde a 82,35%, com deficiência cognitiva, tanto antes como depois do curso/programa e nove indivíduos, a que correspondem a 10,59%, apresentaram déficit cognitivo antes e não o apresentaram depois do curso/programa. Três alunos idosos, o que corresponde a 3,53%, não apresentaram déficit cognitivo antes, porém apresentaram-no depois e três alunos idosos o que corresponde a 3,53%, apresentaram déficit cognitivo antes e depois do curso/programa.

7.3 – Análise da Depressão dos Alunos no Início e no Término do Curso da UNATI/UCG.

A proporção de deprimidos no início do curso/programa foi de 52,94% e a de deprimidos depois do curso/programa foi de 38,82%. O resultado do teste de McNemar revelou um valor $p = 0,007$ e, portanto, rejeitamos a igualdade das duas proporções e concluímos que o método aplicado contribuiu para redução da depressão (Gráfico 22).

Gráfico 22 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG segundo a presença de depressão, antes e depois de freqüentarem o curso/programa.

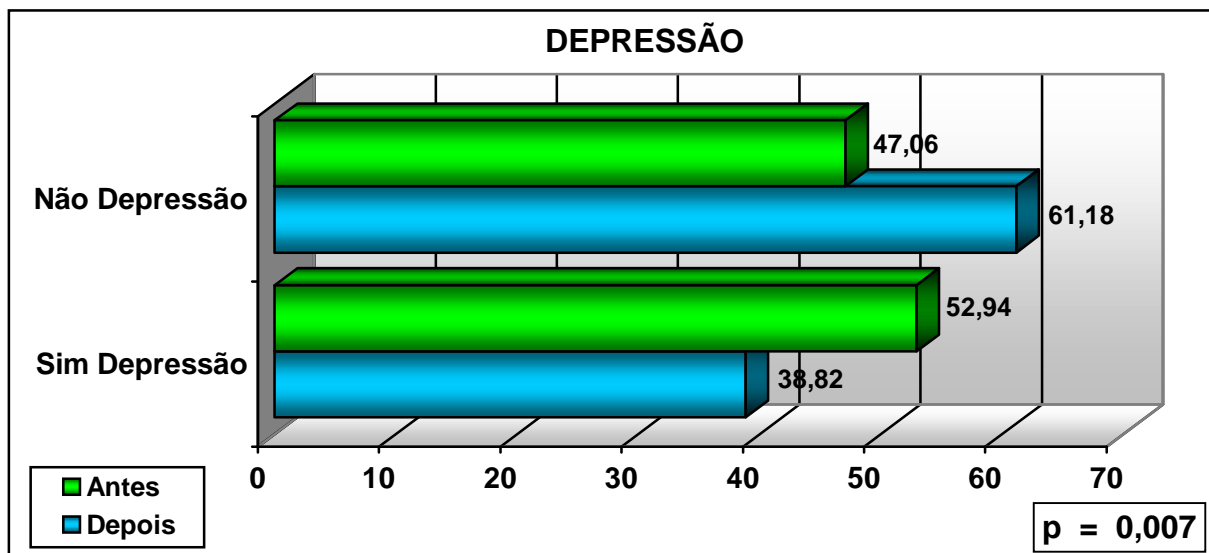


Tabela 6 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG segundo a presença de depressão, antes e depois de freqüentarem o curso/programa.

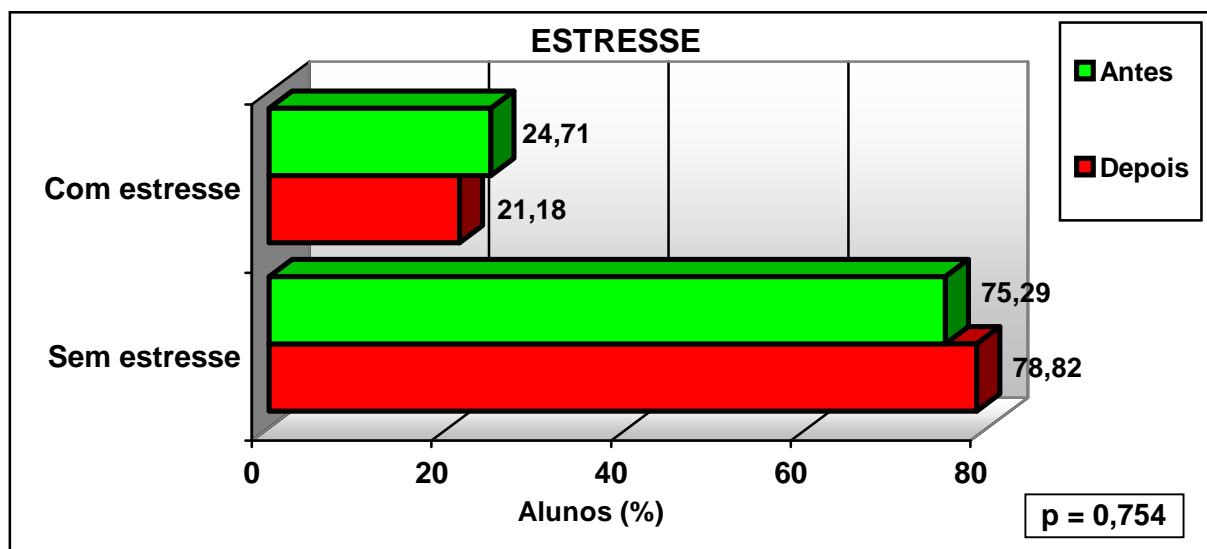
ANTES	DEPOIS		TOTAL
	COM DEPRESSÃO	SEM DEPRESSÃO	
COM DEPRESSÃO	29 (34,12%)	16 (18,82%)	45 (52,94%)
SEM DEPRESSÃO	4 (4,71%)	36 (42,35%)	40 (47,06%)
	33 (38,82%)	52 (61,18%)	85 (100,00%)

Antes de freqüentarem o curso, 52,94% dos alunos apresentaram depressão e depois do curso 38,82% dos alunos apresentaram depressão. Houve diferença estatística altamente significativa através do teste McNemar, com o $p = 0,007$.

29 (34,12%) alunos idosos apresentaram depressão antes e depois do curso, 16 (18,82%) apresentaram depressão antes e não a apresentaram depois do curso/programa. Quatro (4,71%) não apresentaram depressão antes e apresentaram na depois e 36 (42,35%) não apresentaram depressão antes nem depois do curso/programa.

7.4 – Análise do Estresse nos Alunos no Início e no Término do Curso da UNATI/UCG.

Gráfico 23 – Distribuição dos 85 alunos da UNATI/UCG segundo a presença de estresse, antes e depois de freqüentarem o curso/programa.



Antes de freqüentarem o curso, 24,71% dos alunos encontravam-se com estresse, depois do curso 21,18% encontravam-se com estresse. O resultado do teste de Regra de sinais de descartas revelou um valor $p = 0,754$. Não houve diferença estatisticamente significativa, porém houve uma redução no estado de estresse dos alunos idosos que pode ser observado na tabela 7.

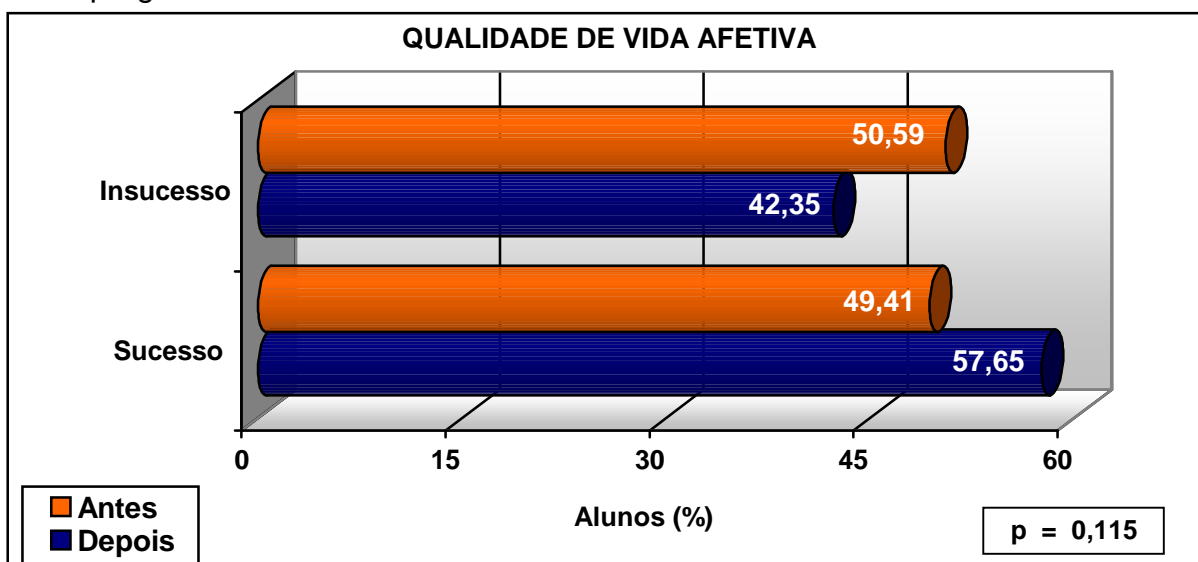
Tabela 7 – Distribuição de alunos com e sem estresse, no início e término do curso/programa da UNATI/UCG.

ANTES	DEPOIS		TOTAL
	COM ESTRESSE	SEM ESTRESSE	
COM ESTRESSE	14 (16,47%)	7 (8,24%)	21 (24,71%)
SEM ESTRESSE	4 (4,71%)	60 (70,59%)	64 (75,29%)
	18 (21,18%)	67 (78,82%)	85 (100,00%)

14 (16,47%) alunos idosos apresentaram estresse antes e depois e 7 (8,24%) apresentaram-no antes e não o apresentaram depois do curso/programa. Quatro (4,71%) alunos idosos não apresentaram estresse antes e apresentaram depois e 60 (70,59%) não apresentaram estresse antes nem depois do curso/programa.

7.5 – Análise de Qualidade de Vida Afetiva dos Alunos no Início e no Término do curso da UNATI/UCG.

Gráfico 24 – Distribuição de alunos com sucesso e insucesso, no início e término do curso/programa da UNATI/UCG.



Antes de freqüentarem o curso, 49,41% dos alunos tiveram sucesso na área afetiva e depois do curso, 57,65% dos alunos tiveram-no também. O resultado do teste de McNemar revelou um valor $p = 0,115$, não apresentando diferença estatisticamente significativa, porém, houve uma redução na qualidade de vida afetiva dos alunos idosos que pode ser observado na tabela 8 e no gráfico 24.

Tabela 8 – Distribuição de alunos com sucesso e insucesso, no início e término do curso/programa da UNATI/UCG.

ANTES	DEPOIS		TOTAL
	INSUCESSO	SUCESSO	
INSUCESSO	29 (34,12%)	7 (8,24%)	36 (42,35%)
SUCESSO	14 (16,47%)	35 (41,18%)	49 (57,65%)
	43 (50,59%)	42 (49,41%)	85 (100,00%)

29 (34,12%) alunos idosos apresentaram insucesso antes e depois, e sete (8,24%) apresentaram insucesso antes e sucesso depois do curso/programa. Quatorze (16,47%) dos alunos idosos apresentaram sucesso antes e insucesso depois e trinta e cinco (41,18%) apresentaram sucesso antes e depois do curso/programa.

CAPÍTULO 8 – DISCUSSÃO

Os resultados da presente investigação mostram que foram estatisticamente significativas as alterações da prevalência de depressão e do estresse entre os alunos da Universidade Aberta da Terceira Idade da UNATI/UCG, no início e término do curso/programa, com tendência positiva (Gráfico 22 e 23). Também houve alteração significativamente positiva na qualidade de vida afetiva, antes e depois do referido curso/programa (Gráfico 24). Quanto às variáveis sociodemográficas dos alunos e quanto à sua saúde física e mental, não surgiram alterações estatisticamente significativas, com exceção da variável de Reposição hormonal que apresentou um nível de significância com $p= 0,034$ antes e depois do curso/programa da UNATI, porém o curso contribuiu para a melhoria de vida dos alunos idosos.

8.1 – Instrumentos de Aferição

A opção do instrumento de aferição – questionários auto-aplicados – foi feita descartando-se o sistema de entrevistas, pois este é passível de tendenciosidade tanto do entrevistador, que pode influenciar o entrevistado, quanto deste, respondendo de forma positiva para agradar ao seu interlocutor. Existem evidências de que entrevistas produzem taxas mais altas de satisfação que os questionários auto-aplicáveis (LEWIS, 1994).

Do ponto de vista metodológico, não existe contradição e nem continuidade entre investigação quantitativa e qualitativa, por serem de natureza diferente, de acordo com MINAYO (1995). Conforme acentua MINAYO (2000), a abordagem qualitativa aproxima o sujeito do objeto, por ser da mesma natureza:

“ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações se tornam significativas”. Segundo a autora citada, o objeto da abordagem qualitativa é o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e “valores”, expressos pela “linguagem comum e na vida cotidiana”. MINAYO (2000) afirma que a abordagem qualitativa “só pode ser empregada para compreensão de fenômenos específicos e delimitáveis mais pelo seu grau de complexidade interna do que pela sua expressão quantitativa”.

Assim, dentro da abordagem qualitativa, buscamos compreender os significados das falas dos alunos maduros e idosos da Unati/UCG, quanto a satisfação e insatisfação (o que mais gostaram e o que menos gostaram) em sua experiência com o curso/programa. A análise descritiva evidenciou que o instrumento foi sensível em identificar as variáveis de qualidade de vida afetadas, positiva ou negativamente.

De acordo com RUGGERI & DALL’AFNOLA (1993), a falta de atenção a aspectos metodológicos e a falta de confidencialidade influenciam fortemente os níveis de satisfação relatada. Conforme ARMSTRONG, apud MENEZES (1998), o termo confiabilidade é utilizado para referir-se ao grau de concordância entre múltiplas mensurações de um mesmo objeto. Durante o desenvolvimento deste estudo, objetivamos evitar tais distorções. Os resultados podem, assim, ser considerados aceitavelmente livres de erros metodológicos sistemáticos, refletindo “verdadeira” satisfação, dentro dos limites dos métodos utilizados.

A escala de depressão de Yesavage simplificada (ALMEIDA & ALMEIDA, 1999) pode ser usada como auto-avaliação ou executada por um avaliador, também podendo ser usada como uma escala de avaliação em pessoas levemente demenciadas. Esta escala traduzida para a língua portuguesa já está validada (ALMEIDA & ALMEIDA, 1999).

Desta forma, as reações ao estresse entre os idosos podem ser das mais variadas, dependendo a que grupos específicos pertençam e da capacidade de adaptação que lhes é exigida (LIPP & ROCHA, 1994). Estes autores consideram que todo agente estressor, seja de origem agradável, como nascimento de um neto, ou um evento ruim, como um acidente de carro, produz uma reação no organismo no sentido de se adaptar à nova realidade. Este esforço é interpretado pelo organismo,

mesmo que a pessoa não se conscientize disto, como uma luta que ele precisa travar. O mecanismo do processo de estresse não discrimina se a batalha é de origem física ou emocional e, portanto, prepara o organismo do mesmo modo como se fosse para uma luta física.

Além das fragilidades e limitações da própria idade, os idosos têm que lidar com fatores que os pressionam, às vezes sentindo-se coagidos a ter um número significativo de atividades no dia-a-dia, que podem não estar associadas às suas exigências pessoais, resultando em angústia e estresse.

A aspiração por uma vida com qualidade é, certamente, tão antiga quanto à humanidade. Desde sempre, os seres humanos vêm-se preocupando com a busca da felicidade, do bem-estar, do prazer, numa constante luta pela satisfação de suas necessidades e alcance de sua plenitude (ZHAN, 1992; SETIÉN SANTAMARIA, 1993).

Qualidade de vida é um tema que tem ocupado lugar de destaque na discussão sobre o envelhecimento. NERI (1993) destaca, como de grande importância científica e social, a investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como sobre as variações que este estado comporta.

Assim como para qualquer pessoa a qualidade de vida é importante, também, e principalmente, é para o idoso. Sabe-se que, com o passar da idade, as capacidades funcionais diminuem e as limitações aumentam gradativamente, advindo, com isto, as dificuldades de se manter a excelência física e mental.

8.2 – Características Sociodemográficas da Amostra

Quanto às características sociodemográficas da amostra utilizada nesse estudo, não foi encontrada alteração estatisticamente significativa quando foi o caso de se aplicar o teste estatístico, para comparação dos resultados no início e término do Curso/Programa.

Quanto ao resultado do parâmetro do índice de massa corpórea (IMC), 35,29% tiveram peso normal, surgindo a obesidade tipo I com 50,59% e a obesidade tipo II com 12,94%. Depois do curso/programa, o peso normal continuou o mesmo, a obesidade tipo I aumentou para 47,06% e a obesidade tipo II, para 16,47%. Esta

mudança não foi significativa. Estudos apoiados pela OMS demonstram que, no Brasil, o IMC médio das mulheres é superior: em 60-69 anos é de $25,8 \pm 6,7$; em 70-79 anos, de $25,0 \pm 7,4$; em ≥ 80 anos, de $23,9 \pm 4,9$ (o IMC diminui com a idade, em qualquer região). A relação do IMC com a idade é: à medida que a idade dos alunos aumenta, o IMC diminui.

Outra constatação semelhante com outros países é a de que as mulheres idosas são mais numerosas, quando comparadas com os homens. À medida que a expectativa de vida foi aumentando, a diferença entre homens e mulheres também foi se ampliando, os dados para as mulheres mostram que as brasileiras vivem em média 8 anos mais que os homens; prevê-se, assim, que esta tendência continue a aumentar com o tempo por causa dos padrões de mortalidade masculina (IBGE, 1994).

Foi muito interessante observarmos que a distribuição etária que predominou foi inferior a 60 anos (50 a 59 anos). Verificamos, então, que a maioria dos alunos que frequenta a Universidade da Terceira Idade da UNATI/UCG não é idosa. Este achado está em concordância com RAHAL (1994), que relatou que a Universidade da Terceira Idade de São José dos Campos era frequentada, principalmente, por mulheres de 56 a 60 anos. Esta distribuição etária pode ter influenciado as respostas, já que o grupo etário de idosos tem menos expectativas e é menos crítico que a população jovem (LEWIS, 1994).

VERAS (1994) encontrou no seu trabalho com idosos, de três distritos da cidade de Rio de Janeiro, em que cerca de 4/5 (80,19%) dos entrevistados relataram tomar regularmente medicamentos receitados pelo médico, mais mulheres do que homens em todas, as faixas etárias. O uso de remédios relatado por elas. Outra constatação foi a de que mulheres idosas consomem mais medicamentos.

No presente estudo, dados sobre incontinência urinária no idoso são de 15% e 12% (início e final) do curso/programa. Isto reflete sentimentos negativos, problema de saúde e solidão frequentemente associados à velhice.

Sobre o fato, o trabalho mostra que somente 1,2% e 2,3% (antes e depois) não têm relações sexuais e a alta frequência de relações sexuais sem o parceiro fixo (36,47% antes e depois). Sobre o uso da camisinha, somente 4,71% e 3,53% (início e final). O curso não aumentou a adesão ao uso da camisinha, mesmo considerando que 36,47% mantêm relações sexuais sem parceiro fixo. Também vê-

se o tabu quanto ao assunto responde 32,94% e 36,47% (início e término). Não responde e não se aplica.

A nossa população foi, na grande maioria, composta de mulheres. BERQUÓ (1992) enfocou que o maior contingente feminino na velhice tem como fatores explicativos:

- a redução da mortalidade conseqüente da melhoria das condições de saúde e da queda da fecundidade, isto é, quanto menor o número de gestações, parto e puerpério, menor a possibilidade de intercorrências durante as mesmas;
- a exposição dos homens a fatores de risco repercute em uma diferença de sete a nove anos de vida a menos, em média, em relação às mulheres.

Quanto à escolaridade, predominaram os alunos com o segundo grau. Depois vêm os com o primeiro grau completo ou incompleto, e somente 15,29% haviam cursado o nível superior completo. A taxa de analfabetismo nos alunos foi de 2,35%, e 4,71% eram alfabetizados (sabendo ler e escrever, porém apresentando pouco tempo de freqüência à escola). YAZAKI, MELO, RAMOS (1991) e PAVARINI (1996) assinalam também a predominância desse perfil de escolaridade entre os idosos, de forma geral. A baixa proporção de pessoas com escolaridade de nível superior e a alta proporção com nenhuma escolaridade ou pouca escolaridade (1.º grau incompleto ou completo) poderiam ser explicadas por ter sido entrevistado um maior número de mulheres, por elas se encontrarem mais em casa cuidando dos filhos, e em sua época ainda não terem se emancipado o suficiente para sair e procurar uma profissão fora de casa. É sabido que há uma maior proporção de analfabetos entre as mulheres (IBGE, 1991; VERAS, 1992). De acordo com PEREIRA (1995), a instrução tem nítida relação com a renda, com profissões e com o nível de saúde das pessoas, sendo a escolaridade maior nas classes média e superior, levando a uma melhor qualidade de vida.

No presente trabalho, as doenças citadas mais freqüentemente antes e depois o curso foram: reumatismo; alterações na coluna; alterações gastrointestinais (azia, má digestão, bolo no estômago, etc.); hipertensão; osteoporose; alterações intestinais (obstipação, diarreia); doenças do coração e obesidade; diabetes e alterações respiratórias e alterações dermatológicas e da tireóide. As alterações descritas evidenciam uma população com diminuição dos problemas de saúde

depois de um ano de curso/programa, só aumentando os problemas de hipertensão e coluna (VERAS, 2000). Quanto às limitações físicas que podem aparecer no envelhecimento, MEDEIROS (1994) encontrou em 200 idosos estudados os seguintes aparelhos apontados por ordem de importância, levando à limitação física: auditivo, visual, locomotor, bucal e cardiovascular. Embora sejam múltiplas as afecções orgânicas que acometem o indivíduo idoso e muitas delas se constituam problemas crônicos, no idoso todas as entidades mórbidas devem ser encaradas, levando em conta seus componentes orgânicos, psíquicos e sociais interagindo entre si. Parece que o indivíduo idoso aponta como prioritárias as afecções dos aparelhos que interferem nas relações pessoais, como principais fatores de limitação social e mesmo familiar. Assim, era de se esperar que, ao término do curso/programa da UNATI/UCG, fosse significativo a diminuição das doenças apresentadas pelos alunos, o que não ocorreu. Provavelmente, a melhora psíquica não foi suficiente para agir no físico do aluno. ERBOLATO (1996) disse que na universidade da Terceira Idade da PUC-Campinas, os alunos mencionaram alterações positivas nos cuidados com a saúde após o curso.

Não houve diferença estatística entre as pressões arteriais antes e depois do curso. Este dado nos leva a afirmar que o curso da UNATI/UCG não fez aumentar entre os alunos os cuidados com sua saúde, ERBOLATO (1996) relatou que, em alunos da Universidade da Terceira Idade da PUC-Campinas, o programa levou a impacto, com alterações positivas nos cuidados com a saúde.

Quanto à prevenção de câncer de colo uterino (70,13% e 62,34%) e (74,03% e 54,55 antes e depois). Porém devemos enfatizar que as mulheres e homens utilizem mais o serviços de saúde para este controle e os homens com câncer de próstata que foi de (62,50% e 50,00% antes e após). É importante que homens e mulheres façam a prevenção pois as campanhas em todos o Brasil tem reforçando a importância de se fazer prevenção e ainda chama a atenção quanto a cigarro e bebidas, porém a bebida mais consumida é o vinho com 29,41% e 23,53% de consumidores no início e final.

Quanto à utilização dos Serviços de Saúde, devemos lembrar o fato das mulheres os utilizarem mais do que os homens (VERAS e cols., 1987). A elevada proporção de mulheres na amostra pode também ter contribuído para superestimar o

número de viúvas, já que se sabe que, na população, existe um maior número de viúvas que de viúvos.

A percepção positiva que o indivíduo tem de seu estado de saúde resulta em menos utilização dos Serviços de Saúde (WEISS & SENF, 1990). CACHIONI (1998) encontrou dados mostrando melhora da saúde física e capacidade física nas alunas que freqüentaram a Faculdade da Terceira Idade da Universidade São Francisco, em Itatiba. Isto está em concordância com os achados do presente trabalho.

A relação entre freqüência de utilização de Serviços de Saúde e satisfação com a saúde não foi aqui estudada, mas os dados encontrados sugerem que a satisfação não pode predizer a utilização.

No nosso país, cerca de 50% das pessoas com mais de 65 anos de idade não têm mais seus dentes e apenas 75% destes têm dentaduras satisfatórias (DUARTE, 1984). Embora nossa amostra seja mais jovem do que a referida por este autor, 43,53% não apresentavam dentes, podendo tornar a mastigação dolorosa e desagradável.

A agudização das desigualdades sociais é clara na velhice: a maior parte dos beneficiários da Previdência Social não consegue sobreviver com os irrisórios valores das pensões e aposentadorias. A grande maioria dos aposentados recebe o menor provento permitido por lei, ou seja, um salário mínimo mensal. Em nossa amostra, cerca de metade dos alunos recebem de um a dois salários mínimos (36,47%) ou salário igual ou superior a cinco salários mínimos (27,06%). 5,88% deles recebem menos de um salário mínimo. Surpreendeu-nos, portanto, que 55,29% da amostra considere que a renda seja adequada às suas necessidades.

Quanto à situação profissional, predominaram os aposentados por idade (28,24%), seguidos por aposentados por tempo de serviço (27,06%) e aposentados por incapacidade (10,59%). 16,47% têm como atividade prendas do lar. Na amostra estudada, 80,00% não têm trabalho remunerado (Figura 9). A maior parte (64,71%) recebe seu rendimento da aposentadoria; 12,94% de pensão; 8,23% de ajuda dos filhos; e 3,53% de rendimentos (aluguéis e juros). VERAS (1994), quando discorre sobre a situação econômica do idoso no Brasil, afirma que a pobreza é uma característica amarga da velhice e que, apesar da heterogeneidade dos idosos, uma

característica observada nas sociedades é que as pessoas idosas são, em geral, menos favorecidas economicamente do que os adultos mais jovens da mesma população. Entretanto, deve-se salientar que nosso universo pesquisado pertence a um grupo especial do ponto de vista social. Se, por um lado, não contam com um poder aquisitivo alto, pois são na sua grande maioria aposentados e pensionistas da Previdência Social, por outro, os que têm filhos (quase a maioria), estes muitas vezes são profissionais liberais, comerciantes, etc., com situação financeira estável e em condições de auxiliar os genitores na medida de suas necessidades. O fato da maioria afirmar ter renda suficiente para as despesas diárias, mesmo sabendo-se que, entre os idosos, as mulheres constituem o grupo mais pobre, nos surpreendeu (VERAS e cols, 1987; KALACHE & GRAY, 1991; SOUZA & KALACHE, 1994; BERQUÓ, 1996).

O resultado da presente investigação mostra que os níveis de satisfação com a vida hoje são bons e que a participação no curso/programa da UNATI/UCG levou a uma maior participação de associações positiva e estatisticamente significativa com relação à satisfação dos alunos.

No período da coleta de dados, os 85 alunos faziam algum tipo de atividade física. A que hora predominou foi a caminhada com 58,82%, com duração de meia a uma hora todos os dias. Antes 62,35% e depois 58,82%, faziam exercício com freqüência seguida por dança 31,76% e depois 29,41%; ginástica 22,35% e depois 25,88% e natação 18,82% e depois 17,65%, em ordem decrescente de freqüência. Não surgiu mudança significativa na a freqüência com curso/programa.

Conforme FERRAZ & PEIXOTO (1997) afirmam, um dos aspectos fundamentais para a percepção da alegria é o convívio social por meio da integração em grupos em que os alunos idosos se sintam amados, úteis, respeitados e principalmente envolvidos em atividades físicas, ocupacionais e recreacionais. Os alunos maduros e idosos participam de programas para a terceira, como a Unati em 67,06% e o Centro de Convivência com 16,47%. Dentro desses programas, participam de entidades associativas como instituições religiosas em 49,41%, associações em 15,29% e clubes em 14,12%.

Suas opções de lazer são, em ordem decrescente, ir à Igreja, assistir à televisão, fazer compras, apreciar a natureza, visitar parentes, ler revistas e livros, visitar amigos, receber visitas e fazer passeios de excursão. Não se encontrou

diferença significativa nestas preferências antes e depois do curso/programa. ERBOLATO (1996), pesquisando os alunos da Universidade da Terceira Idade da PUC-Campinas, também refere que os alunos não perceberam mudanças significativas no lazer e nas atividades em grupo.

Diferentemente do encontrado no presente trabalho, SANT'ANNA (1997), em trabalho realizado na Unati-Uerj, observou que existe uma alta prevalência de mulheres morando sozinhas, muito distante da proporção com que esse fato ocorre na população idosa em geral. PILLOTO et al. (1998) referem que a grande maioria dos idosos tem família, mas esta se limita a visitas em datas especiais ou eventos comemorativos. A participação da família é apontada como pequena.

Os alunos maduros e idosos gostam muito de comemorar as datas de aniversário, saguida pelo Natal e a do dia das mães. Não surgiu modificação significativa com a frequência ao curso/programa.

8.3 – Deficiência Cognitiva

As taxas de doença mental elevam-se com o avançar da idade (POLLOCK, 1945). Esta taxa de doença mental, incluindo o quadro de demências e transtornos funcionais, elevou-se de 34,00% aos 61 anos para 67,00% aos 81 na Islândia (HELGASOM & MAGNUS, 1989).

A disfunção cognitiva, um dos mais importantes e incapacitantes distúrbios do estado mental, é rastreada por meio do teste de memorização e recuperação de palavras, que já faz parte de outros testes neuropsicométricos. Um baixo desempenho nestas escalas sugere fortemente o diagnóstico de demência ou de depressão, devendo em geral ser feita uma avaliação clínica e/ou neuropsiquiátrica mais profunda para a verificação do envolvimento cerebral nestes processos (LACHS et al., 1990).

É necessário um diagnóstico correto, pois várias condições confundem-se com sintomas de deficiência cognitiva que podem ser reversíveis. Depressão, principalmente profunda, comum no idoso, pode ser confundida com demência. No presente estudo, a melhora significativa da deficiência cognitiva, medida pelo Mini Mental, pode ter ocorrido graças à diminuição da frequência de depressão após o curso/programa da UNATI/UCG.

8.4 – Depressão

A prevalência de depressão na população estudada, no início do curso/programa, foi de 52,94% e depois do curso/programa foi de 38,82%, sendo esta diferença significativa estatisticamente. A intenção do estudo não foi de diagnosticar a questão, mas sim de identificar se houve alteração da depressão na população com a intervenção aplicada (o Curso da UNATI/UCG). A prevalência de depressão em nossa amostra foi muito elevada. Segundo ROCHA (1993), a prevalência de depressão no idoso, em comunidade, tem apresentado resultados díspares, com taxas variando de 3,00% a 35,00%.

CACHIONI (1998), pesquisando alunas da Universidade da Terceira Idade São Francisco, em Itatiba, menciona que as alunas relataram que a freqüência à universidade tinha conseguido com a que fossem mais valorizadas socialmente e mais respeitadas. Além disso, sentiam-se mais autoconfiantes e mais auto-eficazes, para conhecer e produzir. ERBOLATO (1996) também percebeu alterações positivas nos alunos que freqüentaram a Universidade da Terceira Idade da PUC-Campinas: na rotina da vida, no enfrentamento de problemas, no relacionamento com os amigos e na autopercepção. RAHAL (1994) relatou que a freqüência à Universidade da Terceira Idade leva à realização de novas amizades, sendo que a maior abertura ocorreu no relacionamento com os familiares. Estes fatores podem influenciar na depressão, amenizando sua intensidade. Estas mudanças podem ser as responsáveis pelas diminuições significativa de depressão em nosso estudo.

WEISS (1988) levantou a hipótese de que os indivíduos insatisfeitos com vários aspectos da vida podem representar uma predisposição psicológica de insatisfação de maneira geral. A predisposição psicológica sugerida, mas não definida por Weiss, pode estar relacionada a um componente depressivo do indivíduo. Sabe-se que a depressão representa um dos distúrbios mentais mais freqüentes nos idosos (RAMOS, 1987; BRAYNE & AMES, 1988; VERAS, 1992).

Pessoas idosas são geralmente mais flexíveis do que os jovens entre 20 e 30 anos, em vista do que já passaram em termos de história de vida, perdas e fragilidade física. Entretanto, tendem a ter doenças mais sérias, especialmente de depressão, desenvolvendo estados de agitação e retardamento, que não são vistos com freqüência em pessoas com menos de 40 anos. Também é mais fácil

atribuir o problema à idade avançada, com o declínio pessoal e físico que a acompanha, sem explorar devidamente em que consistem os sintomas. As pessoas mais idosas podem se esquecer de tomar a medicação, mas não se importam em seguir as regras do jogo, e uma vez que estejam bem, mantêm uma adesão bastante boa (TURNER, 2001).

No presente estudo, não estudamos a gravidade da depressão, tendo-se englobado todos os casos como deprimidos e não deprimidos. Observou-se, como acontecer, freqüentemente, que os alunos deprimidos não tinham sido diagnosticados como tal por seus respectivos médicos. Estes alunos não foram informados se eram portadores de depressão e assim, não procuraram seus médicos para que fossem medicados com antidepressivos.

A freqüência ao curso/programa da Universidade Aberta da Terceira Idade da UNATI/UCG parece tê-los ajudado a sair da depressão. Não foram explorados outros fatores que poderiam ter-se modificado. Sabe-se que uma área que vale a pena rever é a casa do paciente com relação ao que nela está acontecendo. A pessoa que estiver de luto, especialmente se a morte tiver sido inesperada, vai experimentar o conjunto habitual de reações, com a negação, apatia, raiva e retraimento (TURNER, 2001). Este fator não parece ter influenciado os resultados encontrados no presente trabalho pois, se no início do curso houvesse o relato de morte de familiares, com o retraimento que o acompanha, a pessoa não teria procurado cursar a Universidade. Outro fator a ser investigado nos casos de depressão na mulher é se a mesma é vítima de agressão física em sua casa, e nestes casos somente há melhora da depressão quando houver um lar estável (TURNER, 2001). Provavelmente a situação familiar dos alunos da UNATI investigados manteve-se inalterada, não havendo contribuição deste fator para a observada melhora da depressão.

Na presente pesquisa, não se investigou a opinião dos alunos sobre os diversos professores do Curso/Programa e sobre o seu conteúdo programático mesmo. Sabe-se que há uma associação entre a satisfação do aluno e a atenção que o professor dá ao mesmo. Esta relação pode ter ajudado a diminuir a depressão do aluno, pois ela tem grande importância para o aluno idoso ou na média idade.

A depressão é um estado de humor que, na velhice, é ocasionado por motivos psicológicos, sociais e culturais. Do ponto de vista psicológico, representa a auto-rejeição da velhice e também a não-aceitação da Terceira Idade como parte integrante do ciclo da vida. A freqüência ao Curso/Programa da Universidade Aberta da Terceira Idade da UNATI provavelmente melhorou a auto-aceitação dos seus alunos, preparando-os para envelhecer ou, pelo menos, preparando-os para aceitar a idéia de que um dia ficará velhos. Provavelmente também levam os alunos a se sentirem menos abandonados, com menos solidão, e menos desprezados, seja através do convívio entre eles próprios e/ou com seus professores.

As causas sociais interferem no processo que leva o idoso a sentir-se debilitado em suas funções físicas, limitado em suas atividades e, em conseqüência dependente como indivíduo. Já os aspectos culturais estão relacionados com a forma como a sociedade discrimina o idoso, rotulando o de desnecessário e retirando seus direitos de cidadão. Nos aspectos sociais e culturais, a Universidade, com seu currículo atual, ainda não influenciou.

O acúmulo de perdas de pessoas, de coisas e de esperança pode depletar os recursos internos do indivíduo idoso e sua capacidade de lutar. A solidão, a insegurança, e as desgraças na família, entre outros fatores, são as causas precipitantes e/ou contribuintes do aparecimento da depressão no idoso. Assim, estes fatores devem ser estudados pela Universidade, para que se passe a utilizar cada vez mais medidas que contribuam para que os mesmos sejam amainados.

8.5 – Estresse

No presente trabalho, os alunos da UNATI ficaram com menor freqüência de estresse após o término do curso, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Este dado está de acordo com o achado de GOLDSTEIN (1995). Este autor verificou que os programas educacionais direcionados a adultos maduros e idosos proporcionando-lhes oportunidades de obter suporte emocional,

informacional e instrumental, têm efeitos poderosos no enfrentamento do estresse e, conseqüentemente, contribuem para um envelhecimento bem-sucedido.

A característica apresentada da amostra e a relevância do papel da saúde física e mental podem inferir no estilo de vida dos alunos pesquisados (não fumar, não beber e praticar exercícios físicos, aliados ao assistir à televisão, ir à igreja curtir a natureza funcionam como os amortecedores ou mediadores para o estresse. MATARAZZO (1984) considera a mudança do estilo de vida o fator preponderante no combate ao estresse.

8.6 – Qualidade de Vida

Qualidade de Vida é a habilidade ou capacidade de um indivíduo para desempenhar tarefas ou atividades da vida diária, obtendo, assim, satisfação” (ROMANO, 1993). Portanto, a qualidade de vida poderia ser entendida em termos de expectativas pessoais do aluno. Essa percepção individual propicia que o aluno participe do seu processo de mudança, participando de grupos de discussão, para obter informações sobre temas do seu interesse. Assim, a UNATI/UCG, enfatizando entre seus alunos os temas de seu interesse, conseguiu agir significativamente sobre a melhoria da qualidade de vida de seus alunos.

WAN COUNTE & CELLA (1997) argumentam que pessoas avaliam qualidade de vida em relação às suas experiências passadas e presentes, além das expectativas futuras, e que uma melhor qualidade de vida pode ser atingida pela redução das diferenças entre as experiências que o indivíduo está vivenciando e suas expectativas quanto ao futuro, buscando estabelecer metas mais realistas e coerentes com sua situação atual ou modificando esta situação.

Os alunos maduros e idosos estudados relataram satisfação na maioria dos itens de qualidade de vida afetiva. Isto parece indicar que a maioria dos alunos teve sucesso na área afetiva, com mudanças de comportamento na comunidade, levando a um menor índice de insucesso na vida afetiva e satisfação com seus familiares.

Segundo BEAUVOIR, (1976). É importante que os idosos, com fase na partir da convivência com as demais gerações, possam exercer a função social de lembrar e conciliar, de reviver e resignificar o passado a partir do presente,

participando da vida coletiva sendo um cidadão ativo e útil e mantendo vivos os seus projetos.

Nas palavras de NERI, (1993), a “promoção da boa qualidade de vida na idade madura excede entretanto os limites da responsabilidade pessoal e dev vista como um empreendimento de caráter social.”

CAPÍTULO 9 – CONCLUSÕES

A participação na Universidade Aberta à Terceira Idade da, UNATI-UCG, teve relação com a diminuição da depressão e do estresse e com a melhora da qualidade de vida dos alunos maduros e idosos. Esses elementos são indicadores de um envelhecimento bem-sucedido, muito embora não se possa afirmar que a ida à Universidade seja a causa principal do envelhecer bem. É mesmo possível que as pessoas que atendem ao convite dessas instituições tenham características de personalidade e tenham vivido circunstâncias de vida que as tornaram diferentes daqueles que não escolhem ir à universidade.

A realização deste trabalho trouxe-me muito prazer e gratificação, pois o contato com os alunos idosos possibilitou-me compartilhar e vivenciar momentos singulares.

Penso ser este contato, através de um processo educativo, ético e estético, centrado no viver-envelhecer saudável e, para tanto, no cuidado compartilhado, uma forma efetiva de melhorar a qualidade de vida dos que já se encontram na terceira idade e dos que estão por vir.

Ao pensar em saúde associada à longevidade, está-se pensando em melhoria da qualidade de vida, que é o grande paradigma emergente no momento.

Espero que este estudo estimule outros profissionais em busca de conhecimentos novos, ampliando a reflexão, a criticidade e consciência, possibilitando, assim, que outros estudos semelhantes a este sejam promovidos, pois a conquista da longevidade está a desafiar a sociedade como um todo e a exigir estratégias de atenção e cuidado que possibilitem a integração e o cuidado compartilhado intergeracional para uma sociedade mais justa e solidária.

É possível enfrentar o envelhecimento sem perder a disposição, o ânimo e o bom humor. Viver é ter projetos, após os sessenta anos, desde que haja desejo e criatividade. A melhor terapia para vencer a solidão, depressão e estresse é a integração familiar.

CAPÍTULO 10 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deve haver empenhar dar, cada vez maior, para que o professor do curso/programa da Universidade Aberta da Terceira Idade tenha tempo disponível e vontade para atender o aluno individualmente. O professor deve enfatizar aspectos que melhorem a qualidade de vida dos alunos, abrangendo entre outras questões:

- a. Estimula à condição de aprimoramento da auto-estima, interesse pelo próprio bem-estar e pelo bem-estar dos membros do grupo social a que o indivíduo pertence através do relacionamento interpessoal:
- b. estímulo à capacidade de detectar e contribuir para a solução dos problemas e necessidades físicas, mentais e sociais da comunidade, promovendo o respeito e a solidariedade entre os membros do grupo:
- c. de maneira geral, o incentivo da qualidade de vida inclui a ação conjunta de três fatores: o espírito da tradição, convivendo com a possibilidade permanente de renovação, resultando daí a multiplicação das possibilidades existenciais de cada um.

Esperamos que, a partir dos dados coletados, possamos criar instrumentos cada vez mais precisos para a compreensão e melhoria da qualidade de vida dos alunos na meia-idade e terceira idade. Neste sentido, as intervenções apropriadas podem auxiliar os alunos por meio da formação de grupos de suporte,

educação sobre a doença, tratamento e desenvolvimento de novas habilidades que sejam necessárias.

O aluno maduro e idoso deve ter a oportunidade de estar em contato com pessoas de diferentes idades e interesses. Mantendo indefinidamente grupos de Terceira Idade na Universidade Aberta da Terceira Idade, não estaríamos sonhando ao mesmo tempo essa chance, contribuindo também para sua segregação e alienação? Por outro lado, ALVES (1997), em levantamento realizado na Universidade da Terceira Idade da Unimep, faz referência aos motivos alegados pelos alunos para freqüentar o curso. As respostas concentraram-se, em primeiro lugar, em torno da expectativa de fazer novas amizades e da busca de convívio social, especialmente com pessoas da mesma faixa etária. CACHIONI (1998) mostrou que entre as mulheres de 50 a 59 anos (grupo que predominou no presente trabalho) constatou-se que a satisfação com a freqüência à universidade era principalmente por motivo de contato social.

Devemos refletir sobre essas questões, pois, estamos interessados na promoção humana. Cabe às Universidades Abertas à Terceira Idade a competência de serem portas de entrada e oferecer um atendimento resolutivo à população idosa, quer de forma individual quer de formaou grupal, consoante suas necessidades, ajudando-a a redescobrir seus desejos e conduzindo-a à etapa seguinte – uma vida mais rica, participativa, de convivência, não só com seus pares, mas com todos aqueles que fazem parte deste nosso planeta.

SWINDELL e THOMPSON (1995) apontam vários motivos para que os planejadores educacionais, bem como os próprios idosos, reconheçam a importância da educação:

1. a educação pode ajudar os adultos maduros e idosos a ter mais autoconfiança e independência, reduzindo a necessidade de recursos públicos e privados;
2. a educação é primordial na capacitação dos idosos, ao lidarem com os inumeráveis problemas práticos e psicológicos em um mundo complexo, fragmentado e em mudanças;
3. a educação para e pelo idoso intensifica sua atuação e contribuição para a sociedade;

4. a possibilidade de aumentar o autoconhecimento, compreender-se melhor e comunicar as próprias experiências às outras gerações favorece o equilíbrio, as perspectivas pessoais e de mundo, qualidades valiosas em um mundo em mudança;
5. a educação é crucial para muitos idosos motivados para a aprendizagem e a comunicação;
6. a universidade deve agir mais na a saúde física colocando no seu curso mais informações sobre prevenção de hipertensão arterial, câncer, e prevenção de aids etc.;
7. a universidade contribui para a diminuição da dependência da população idosa e beneficia seu bem-estar físico e psicológico, o que resulta vantajoso para as famílias e a sociedade, e para o sistema de saúde.

Assim, a oferta de oportunidade educacional a adultos maduros e idosos é amplamente justificada pela natureza potencializadora da educação. Além disso, a participação em atividades educacionais pode favorecer o envolvimento e o engajamento social, o senso de auto-eficácia e o bem-estar subjetivo dos idosos. A educação é apontada como poderoso determinante de uma velhice bem-sucedida , como foi mostrado no presente trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADDONIZIO G., ALEXOPOULOS, G. S. (1993) Affective disorders in the elderly. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 8:41-47.
- AGUIAR W. M., DUNNINGHAM W. (1993) Depressão Geriátrica: aspectos clínicos e terapêuticos. **Arquivo Brasileiro de Medicina**, 67 (4): 291-310 (Suplemento).
- ALMEIDA, O. P; ALMEIDA, A. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr**, 57 (2-B): 421-426, 1999.
- ALVES, G. G. M. **Universidade da terceira idade como alternativa de resgate da cidadania idosa**: análise do caso da Unimep. Dissertação de mestrado. Piracicaba: Unimep, 1997.
- ALVES, L. M. Envelhecer sim, esmorecer jamais. **Jornal Vivacidade**. N.º 10, São Paulo, set. 1997.
- ANDRADE, A. M. C. de. A UNATI e sua função social – 1998. **Monografia**, UCG, Goiânia, março, 1999.
- ASSUMPÇÃO JR., F. B.; et al. **Escala de Avaliação de Vida** (AUQUEI – Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé). Validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida de crianças de 04 a 12 anos. **Arq. Neuropsiquiatria**, v. 58, n.º 01, p. 119-27, 2000.
- BAGGIO (1995), M.A. **Depressão no climatério**. In: MARINHO, R. M. Climatério. Rio de Janeiro: MEDSI, 1995. 335p.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, p. 69,1990.
- BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas Idosas**: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta, 1995. p. 103.
- BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da

população no Brasil. In: I SEMINÁRIO INTERNACIONAL "ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO". Brasília, 1-3 jul, 1996. **Anais**. Brasília: MPAS, SAS, 1996. p. 16-34.

BERQUÓ, E. **Idoso: Encargos ou Patrimônio**. O envelhecer em São Paulo. Ed. Proposta Editorial, 1992 .

BLACK, P. H. Psychoneuroimmunology: Brain and Immunity. **Scientific American Science & Medicine**, p. 16-25, nov.dez., 1995.

BLAZER, D. G. A epidemiologia dos distúrbios psiquiátricos na velhice. In: BUSSE, E. W.; BLAZER, D. G., ed. **Psiquiatria Geriátrica**, Porto Alegre, Artes Medicas, 1992a, p. 135-47.

BLAZER, D. G. Epidemiology of late-life depression. In: SCHNEIDER, L.S.; REYNOLDS, C.F.; LEBOWITZ, B.D.; FRIEDHOFF, A. J., ed. **Diagnosis and treatment of depression in late life: results of NIH Consensus Development Conference**, Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc., 1994a, p. 9-19.

BLAZER, D. G. WILLIAMS C. D. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. **American Journal of Psychiatry** **137**:39-44, 1980.

BLAZER, D. G.; et al. Depressive symptoms and depressive diagnoses in a community population: use of a new procedure for analysis of psychiatric classification. **Archives of General Psychiatry**, 45, 1078-84, 1988.

BLAZER, D. G.; et al. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the national comorbidity survey. **Am. J. Psychiatry**, **151**: 979-86, 1994.

BLAZER, D.; HUGHEWS, D. C., GEORGE, L. K. The epidemiology of depression in an elderly community population. **Gerontologist**, **27**: 281-287, 1987.

BOONE, K. B.; et al. Cognitive functioning in a mildly to moderately depressed geriatric sample: relationship to chronological age. **Journal of Neuropsychiatry Clinical Neurosciences**, **6**: 267-72, 1994.

BOWLING, A. Health related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement. In: BOWLING, A. (ed.). **Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales**. Buckingham/Philadelphia, Open University Press, 1995. p. 1-19.

BRAYNE, C.; AMES, D. **The epidemiology of mental disorders in old age in Gearing B**; Johnson M, Heller T. Mental health problems in old age; A reader. Chichester, Great Britain, John Wiley and Sons, 1988.

CACHIONI, M. **Envelhecimento bem-sucedido e participação numa universidade para a terceira idade**: "A experiência da Universidade São

- Francisco". Dissertação de mestrado . Campinas: Unicamp. Faculdade de Educação, 1998.
- CAINE, E. D.; LYNESS, J. M.; KING, D. A.; CONNORS L. Clinical and etiological heterogeneity of mood disorders in elderly patients. *In: SCHNEIDER, L. S.; REYNOLDS, C. F.; LEBOWITZ, B. D.; FRIEDHOFF, A. J., ed. **Diagnosis and treatment of depression in late life: results of NIH Consensus Development Conference**, Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc., 1994, p. 23-53.*
- CAMPOS, E. P. Aspectos psicossomáticos em cardiologia. *In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. cap. 22, p. 234-252.*
- CANOAS, C. S. **A condição humana do velho**. São Paulo, Ed. Cortez, 1983.
- CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey" (SF-36)**. São Paulo, 1997, 143p. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
- COHEN, D.; EISDORFER, C. Depressão. *In: CALKINS, E.; FORD, A. B.; KATZ, P. R. **Geriatría prática**. 2. ed., Rio de Janeiro, Revinter, 1997. cap. 31, p. 301-11.*
- COPELAND, J. R. M.; et al. (1987) Range of mental illness among elderly in the community: prevalence in Liverpool using the GMS – AGE CAT package. *British Journal of Psychiatry*, 150: 815-823.
- CRAVEIRO, C. B. A. É preciso construir e renovar. **Jornal Nova Geração**, ano I, n.º 3, jun./jul. 1997,
- DEPS, V. L. A ocupação do tempo livre sob a ótica de idosos residente em instituições. *In: NÉRI, A. L. (org.) – **Qualidade de Vida e Idade madura**. Campinas, Ed. Papirus, p. 191-211, 1993.*
- DIAS, M. A. da S. **Quem ama não adoce: O papel das emoções na prevenção e cura das doenças**. São Paulo, Editora Best Seller, 18.ª ed., p. 40-6, 1994.
- DOMINGUES, M. A. Particularidades sociais do idoso. Trabalho apresentado ao 15.º Curso de Atualização em Geriatria e Gerontologia, 2. **Curso de Atendimento Multidisciplinar ao Idoso**, São Paulo, 1997.
- DUARTE, L. J. V. Tópicos básicos avaliação nutricional. **Rev Senecta**, 7: 41-43, 1984.
- ERBOLATO, R. M. P. L. **Universidade da Terceira Idade: Avaliações e perspectivas de alunos e ex-alunos**. Dissertação de mestrado. Campinas: PUC.
- FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **J. Adv. Nurs.**, v. 22, n.º 3, p.502-8,1995a.

- FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **J. Adv. Nurs.**, v. 22, n. 3, p. 502-8, 1995.
- FARQUHAR, M. Elderly peoples's definitions of quality of life. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n.º 10, p. 1439-46, 1995b.
- FERRANS, C. E.; POWERS, M. J. Psychometric assessment of the Quality of Life. Index. **Research in Nursing & Health**, v. 15, n.º 1, p. 29-38, 1992.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2.^a ed. rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1986.
- FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Saúde Pública**, n.º 33, v. 2, p.198-205, 1999.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH, P. R. The Mini-Mental State: a practical method for grading cognitive state of patients for the clinician. **Jounal Psychiatric Reserarch**.12:189-198, 1975.
- FORATTINI, O. P. Qualidade e vida e meio urbano: a cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 25, n.º 2, p.75-86,1991.
- FREITAS, A. de. **Idoso: Encargo e Patrimônio. O envelhecer em São Paulo**. São Paulo, Ed. Proposta Editorial, 1992.
- FRUTUOSO, D. **A Terceira Idade na Universidade: Relacionamento entre gerações no 3º milênio**. Editora Ágora da Ilha, 1999,162 p.
- GATTO, I. de B. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO. **M. Gerontologia**. São Paulo, Atheneu, 1996. cap. 11, p. 109-13.
- GAVIÃO, A. C. D. **Envelhecimento psíquico**. Trabalho apresentado ao 15º. CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2. Curso de Atendimento multidisciplinar ao Idoso, São Paulo, 1997.
- GILADS, C.; GLORIG, G. A. Presbycusis: the Aging Ear. Part I. **J. Am. Aud. Soc.**, 4 (5): 195-206 e Part II. 4(6): 207-17,1979.
- GOLDSTEIN, L. L. (1995). **Estresse, enfrentamento e satisfação de vida entre idosos: Um estudo do envelhecimento bem-sucedido**. Tese de doutorado. Campinas: Unicamp, Faculdade de Educação.
- GOMES, L. Papel da geriatria: aliado à técnica, muito amor. **Rev. Humanidades**. Terceira Idade. Brasília, Ed. UnB n.º 46, p. 111-112,1999.
- GUIMARÃES, R. M. Viver mais e melhor. **Rev. Humanidades**. Terceira Idade. Brasília, n.º 46, Editora UnB, 1999.

- HARPER, R. G.; KOTIK-HARPER, D.; KIRBY, H. Psychometric assessment of depression in an elderly general medical population: over or underassessment? **Journal of Nervous and Mental Diseases**, 178 (2): 113-9, 1990.
- HAYFLICK, L. **Como e porque envelhecemos**. 3.^a ed., Rio de Janeiro, Campus, 1996.
- HALL, K.M. et al. Family Stressors in traumatic brain injury: a two. year follow – up. **Arch Phys Med. Rehabil**, v. 75, n. 8, p 876-884, 1990.
- HERNANDEZ, R. **Demography of aging**. BOLD 2(4): 8, 1992.
- HUNT, S. M. et al. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 35, n.º 4, p.281-6, 1980.
- HOLMES e RAHE, 1967. T.H. & Rahe, R.H. (1967)The Social Mad justment Rating scale. **Jornal od Psychosomatic**. Rorschach, 11, 213-218.
- IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro, 1970.
- IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**. Ano I (1908/1912). Rio de Janeiro, 1996, v. 56.
- IBGE. **Anuário estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro, 1993.
- IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro, 1996, pp. 2-76.
- IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**. v. 51. Rio de Janeiro, 1991.
- IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro, 1999.
- JUNQUEIRA, E. D. S. **Velho e porque não?** Bauru, São Paulo, 1998.
- KALACHE A & Gray JAM. Health problems of older people in the developing world. In: Pathy, MSJ. **Principles and Practice of Geriatric Medicine**. Chichester, John Wiley and Sons, 1991.
- KALACHE A. et al. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 2, n.º 3, p 200-210,1987.
- KALACHE, A. Envelhecimento no contexto internacional: a perspectiva da OMS. In: **Anais do I Seminário Internacional. Envelhecimento populacional: Uma Agenda Para o Final do Século**. Brasília, MPAS, SAS, 1996, p. 14.
- KAPLAN, M. I.; SADOCK, B. J. Perturbações afetivas. In: KAPLAN, M. I.; SADOCK, B. J. **Compendio de psiquiatria dinâmica**. Trad. por Namuri Costa. 3.^a ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984, cap. 16, p. 313-33.

- KARNOSH, L. J.; MERENESS, D. et. al. Los pacientes exaltados e os deprimidos. In: **Elementos de enfermagem psiquiátrica**. 2.^a ed. México, Prensa médica. Mexicana, 1973. cap. 12, p. 152-71.
- KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of life Index”, de Ferrans e Powers**. São Paulo, 1999, 85 p. Tese (Livre-Docência) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- KLERMAN, G. L. Problems in the definition and diagnosis of depression in the elderly, *In*: BRESLAU, L. D. & HAUG, M. R., ed. **Depression and aging: causes, care and consequences**, New York, Springer, 1983, p. 3-29.
- KLEIN. Marte no Transito do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Publica**. V.10 n. 1, p. 168-76. 1997
- KOENING, H. G.; et al. Profile of depressive symptoms in younger and older medical inpatients with major depression. **JAGS**, **41**: 1169-73, 1993.
- KOMPIER, M.; LEVI, L. **O estresse no trabalho: causas, efeitos e prevenção**. Fundação Européia para Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, Dublin. Irlanda, Loughlinstown House, Shankill, 1995.
- KOIZUMI. M. S. Traumatismo Crânio Encefálico. **Prevenção e Assistência**. São Paulo, 1994. (mimeografada).
- LACERDA, A. M. G. de M.; SOUZA, J. D. A. de. **Por uma Vida Melhor na 3.^a Idade**. Universidade Católica de Goiás – Curso/Programa Universidade Aberta a 3.^a Idade – UNATI/ETG/VAE. 2001, p. 30.
- LACERDA, A. M. G. de M.; SILVA, V.C. e UNATI – **Universidade Aberta à 3^a Idade História e Memória**, 1992 – 1997, Goiânia, Universidade Católica de Goiás.
- LACERDA, A. M. G. de M.; SILVA, V.C; SALLUM. M.S. **Universidade Aberta à 3^a Proposta do Aluno Ouvinte**, 2001, Goiânia, Universidade Católica de Goiás.
- LACHS, M. S. et al. A Simple Procedure for General Screening for Functional Disability in Elderly Patins. **Annals of Internal Medicine**, 112: 699-706, 1990.
- LAWTON, M. P. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: BIRREN, J. E. et al. **The concept and measurement of quality of life in the frail elderly**. San Diego, Academic Press, 1991.
- LAWTON, M. P. Enviromental and other determinations of well-being in older people. **Gerontologist**, v. 23, n.º 4, p. 349-57, 1983.
- LAWTON, M. P. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. **J. Gerontol.**, v. 30, n. 1, p. 85-9, 1975.

- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal and Coping**. New York, Springer Publishing Company, 1984, cap. 6, p. 141-180.
- LEVY, L. **Society, estresse and disease**. Londres:Oxford University Press, 1971. v. 1.
- LEWIS JR. Patients views on quality care in general practice: **literature review**. **Social Science and Medicine**; 39 (5): 655-670, 1994.
- LIFAC, S. (1994). Envelhecer em la sociedad actual. **XI Congresso Latino Americano de Psicoterapia de Grupo**, Buenos Aires, v. 1, 299-303.
- LINDESAY, J.; BRIGGS, K.; MURPHY, E. The Guy's Age Concern Survey: prevalence rates of cognitive impairment, depression and anxiety in na urban elderly community. **British Journal of Psychiatry**, **155**: 317-29, 1989.
- LINTON, R. Status e Papel. **O homem: uma introdução à antropologia**. São Paulo, Martins Fontes, 10.^a ed., 1981.
- LIPP, M. N.; ROCHA, J. C. **Stress, hipertensão e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso**. Campinas, SP. Ed. Papyrus,1994.
- LOOMIS, M. E. **Group process for nurses**. St. Louis, Mosby, 1979.
- LOUIS, F. **Le mouvement dès Universités du Troisième Age et L'Association Internationale das Universités du Troisième Age**. Belgique, Ed. de L'Université des Aïnés de Wallonie et de Bruxelles, 4/dec./1993 (mimeo).
- MAILLOUX-POIRIER, D. Estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos. *In*: BERGER, L. & MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas idosas – uma abordagem global**. Lisboa, Lusodidacta, 1995. p. 363-78.
- MARTINS, I. S. et al. Doenças cardiovasculares arterosclerótica, dislipidemias hipertensão, obesidade e diabetes mellitos em população da área metropolitana da região Sudeste do Brasil: II – Dislipidemias. **Rev. Saúde Pública.**, v. 30, n.º 1, p. 75-84, 1996.
- MEDEIROS, S. L. **Saúde e qualidade de vida na opinião dos idosos**. *Gerontologia*, 2:7-12,1994.
- MENEZES, P. R. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. **Revista Psiquiátrica Clínica**, Brasília, v. 25, n.º 5, p. 214-216, 1998. Edição Especial.
- MINAYO, M. C. S. A vida e a saúde do idoso na sociedade global e pós-industrial. **Arquivo de Geriatria e Gerontologia.**, 4 (2) 51-56, 2000.
- MINAYO, M. C. S. **Os muitos brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo, Heucitec, 1995.

- MORGADO, A. F., et al. Suporte social e distúrbios psiquiátricos: em que se alicerça a associação? **Inform. Psiq.**, v. 15, n.º 2, p. 65-68, 1996.
- MUSSCHENGA, A. W. The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness. **The Journal of Medicine and Philosophy**, v. 22, p. 11-28, 1997.
- NAHOUM, L. C. (s/d) **A velhice das pessoas**. Apostila do curso de gerontologia.
- NAHOUM, L. C. "A velhice das pessoas." **Médico Moderno**, maio/jun., p. 11-25, 1982.
- NARDI, A. E. **Questões atuais sobre depressão**. São Paulo, Lemos Editorial, 1998.
- NASSAR, S. M.; GONÇALVES, L. H. T. **A confiabilidade da escala de qualidade de vida de Flanagan, versão em português**. In: Congresso de geriatria e Gerontologia do Mercosul , Foz do Iguaçu, 1999.
- NERI, A. L. "The Brazilian Case'. Human Resource Development in Gerontology". In: **Resumos – XV Congresso Mundial de Gerontologia**, 1993.
- NERI, A. L. (org.) **Qualidade de vida na velhice**. Campinas, Papirus, 1993.
- NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. D.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo, Atheneu, 2000. cap. 4, p. 33-47.
- NERI, A. L.; CACHIONI, M. Velhice bem sucedida e educação. In: NÉRI, A. L.; DEBERT, G. G. (org). **Velhice e sociedade**, Campinas, Papirus, 1999.
- NERI, A. L. **Psicologia do Envelhecimento**. Papirus Editora. Campinas, São Paulo, 1995.
- NOVAES, M. H. **A redescoberta Do Eu na perda**. (1-52)p., 1999.
- NOVAES, M. H. **Psicologia da terceira idade: conquistas possíveis e rupturas necessárias**. 2 ed. RJ: NAU, 1997, 168 p. (21-24)p.
- OLESON, M. Subjectively perceived quality of life. **Image Journal of Nursing Scholarship**, v. 22, n.º 3, p. 187-90, april 1990.
- OLIVEIRA, C. Por que asilamos nossos velhos. **Rev. Bras. Enf.** v. 38, n.º 1, p. 7-13, 1985.
- ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Demographic Yearbook – 1991. Special Issue: Population ageing and the situation of ederly persons**. New York: United Nations, 1993.

- OPS – Organización Panamericana de Salud. **Salud reproductiva: manua de medicina de la adolescência.** Washington, D. C., Oficina Sanitária Pan-Americana, 1992, cap. 12, p. 473-518.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Resolução CE122. R9, 1998. **Saúde das pessoas idosas.**
- PALMA, L. T. S. **Educação Permanente e qualidade de vida:** indicativos para uma velhice bem-sucedida. Passo Fundo: UPF Editora, 2000.
- PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J. R. da. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia.** São Paulo, Atheneu, 1996.
- PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de Vida do Idoso:** elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Projeto de Pesquisa apresentado para Exame de Qualificação. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da USP, 2000.
- PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações.** Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1997, 289p.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática.** 1ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995, cap. 9, p. 200 e cap. 13, p. 298-300.
- POLLOCK, G. H. Aging or aged. Development of pathology. In GREENSPAN, S. J.; POLLOCK, G. H., ed. **The course of life: psychoanalytic contributions toward understanding personality development. Adulthood and the aging process.** vol. 3, Maryland, National Health Study Center, 1980. p. 549-585.
- POLLOCK, H. M. Development of statisitc of mental disease in the United States during the past century. **American Journal of Psychiatry** 102: 1-17, 1945.
- PRETTI, Dino. **A Linguagem dos Idosos.** São Paulo: Ed. Contexto, 1991.
- RAHAL, E. R. L. Faculdade da Terceira Idade de São José dos Campos – Reflexos na vida de seus alunos. **A terceira Idade** 8. São Paulo: Sesc, pp. 52-69, 1994.
- RAMOS, L. R. **Growing Old in São Paulo, Brazil:** assesement of health status and social support of elderly people from different socioeconomic strata living in community. PhD Thesis, London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, 1987.
- RAMOS, L. R.; et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. **Journal of Crosso-Cultural Gerontology**, 8: 313-323, 1993.
- RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. **Envelhecimento populacional:** uma realidade brasileira. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 21, n.º 3, p. 211-24, 1987.

- REINOLDS III, C. F.; et al. When depression strikes the elderly people. **Patient care**, February 28, 1994, p. 85-102.
- ROCHA, F. L. Depressão no idoso. **J. Bras. Psiq.**, v. 42, n.º 9, p. 483-490, 1993.
- RODRIGUES, L. A.; GASPARINI, A. C. L. F. Uma perspectiva psicossocial em pscosomática: via estresse e trabalho. *In*: MELO FILHO, J. (ed.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. parte 3, cap. 10, p. 93-107.
- ROMANO, B. W. Qualidade de vida: **teoria e prática**. 3:6-9, 1993.
- ROVNER, B. W. et al. Depression and mortality in nursing homes. **Jounal of the American Medical Association**, 265: 993-6, 1991.
- SÁ, Jeanete Martins de. **Extensão Universitária na Área de Gerontologia** – a Produção das Instituições Brasileiras de Ensino Superior. PUC Campinas, 1999.
- SAAD, P. M. (coordenador). **O idoso na Grande São Paulo**. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, SEADE, (Coleção Realidade Paulista), São Paulo, 1990.
- SANT'ANA, M. J. G. A velhice que se aprende na escola: um perfil de seus usuários. *In*: VERAS, R. P. (org.). **Terceira Idade**: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/UnATI/UERJ, 1997.
- SANTOS, L. L. C. dos; SILVA, Y. F. e. A enfermagem atuando com mulheres idosas asiladas. **Revista Ciências da Saúde**, vol. XII, n. 1, p. 94-103, 1993.
- SALGADO. M. A. Políticas Sociais na Perspectiva da Sociedade Civil: Mecanismos de Controle Social, monitoramento, e execução, parceiros e financiamentos. Tese da Conferência. In I Seminário Internacional "Envelhecimento Populacional: Uma Agenda para Final do Século" Brasília **Anais Brasília MPAS, SAS**, 1996, p. 65-70.
- SCHIPPER, H.; LEVITT, M. Measuring quality of life: risk and benefits. **Cancer Treat. Rep.** V. 69, n. 10, p. 1115-25, 1985.
- SCHMITZ-MOORMANN, K. Federal Republic of Germany: Higher Education for the Elderly, **Deutscher Bildungdrenst**. Germany: Social Edcator Department of the Polytechnic of Dortmund, FR, (13): 18-19, 1989.
- SELYE, H. **Stress: a tensão da vida**. 2ª ed. Trad. Frederico Branco. São Paulo: Ibrasa, p. 54,1965.
- SELYE, H. Históry and Presente Status of the Stress Concept. In GOLDBERGER, L.; BREZNITZ, S. **Handdook of Stress – Theoretical and Clinical Aspects**. New York: The Free Press, 1986. cap. 2, p. 7-20.

- SELYE, H. **The stress of life**. Nova York: McGraw Hill, p. 54, 1956. 324p.
- SETIÉN SANTAMARIA, M. L. **Indicadores sociales de calidad de vida: Un sistema de medición aplicado al País Vasco**. Montalbán, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1993. (Colección Monografías, 133).
- SOUSA. R.M.C. **Padrão de Recuperação das Vítimas de Trauma Crânio Encefálico aos 06 meses e 01 ano**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; São Paulo; 1995, p. 104.
- SOARES, J. F; Siqueira. L.A. **Introdução à estatística médica** / José Francisco Soares, 1.^a ed., Belo Horizonte: Departamento de Estatística – UFMG, 1999.
- STANLEY, M., BEARE, P.G. **Gerontological nursing**. Philadelphia: F. A. Davis, 1995.
- STEVENSON, J. S.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 6, n°2, p. 33-50, 1997.
- STEWART et al. Correlates of Beck Depression Inventory Scores in an ambulatory elderly population: symptoms, diseases, laboratory values, and medication. **J. fam. Pract**, 32: 497-502, 1991.
- STOPPE J.R; LOUZÃ NETO. **Depressão na terceira idade: apresentação clínica e abordagem terapêutica**/Alberto. 2.^a ed. rev. São Paulo: Lemos Editorial, 1999, p. 74.
- SWINDELL, R; THOMPSON J. Na international perspective on the university of the third age. **Educational Gerontology**, 21:429-447, 1995.
- TAMBURINI, M. Twenty years of research on the evaluation of quality of life in medicine. In: TAMBURINI, M. **Quality of life assessment in medicine**. [CD-ROM] Windows 95 & 98, 1998.
- TAYLOR, C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TESTA. M. A.; SIMONSON, D. C. Assessment of quality of life outcomes. **N. Engl. J. Med.** , v. 334, n.º 13, p. 835-40, 1996.
- TOLEDO, J. Roberto. População Idosa cresce 137% em 24 anos – Brasil de cabelo branco – **Folha de São Paulo**. Card. 2, cotidiano, jun., 1996, p. 3.
- TURNER, T. **Depressão + ansiedade**. Prática de Diagnóstico e controle. Harcourt Health Communications. London, 2001.
- VASCONCELLOS, E. G. O Modelo Psiconeuroendocrinológico de Stress. In: SEGER, L. **Psicologia e Odontologia – uma abordagem integradora**. 2.^a ed.

- São Paulo: Santos, 1992. cap. 25-47.
- VELLAS, P. **Lê troisième souffe**. Paris: Grasset, 1997.
- VERAS R. P. e cols. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública** (SP), 1987: 21 (3): 225-233.
- VERAS R.P. **A survey of health of elderly people in Rio de Jaenrio**, Brazil. PhD Thesis, Guy's Hospital, University of London, 1992.
- VERAS, R. et. al. **Novos Paradigmas do Modelo Assistencial no Setor Saúde: Conseqüência da Explosão Populacional dos Idosos no Brasil**. Ed. UnATI/UERJ, 2000.
- VERAS, R. P. (org.) **Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Uerj, UnATI, 2000.
- VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro, Relume Dumará: Ed. UERG, 1994. 224p.
- VERAS, R. P.; et al. A Longevidade da população: um novo fenômeno. **Revista Brasileira de Home Care**, ano V, n.º 49, p. 38, maio de 1999c.
- VERAS, R. P.; MURPHY, E. The mental health of oder people in Rio de Janeiro. **Int. J. Ger. Psychiatry**, 9: 285-95, 1994.
- VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Públ.** v. 21, n.º 3, p. 225-33, 1987.
- WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. **Med. Care**, v. 30, n.º 6, p. 473-83, 1992.
- WEISS, B. D; SENF, J. H. Patient satisfation survey instrument for use in health maintenance organizations. **Medical Care**, 28 (5): 434-444, 1990.
- WEISS, G. L. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. **Medical Care** 26 (4): 383-392, 1988.
- WORLD HEALTH STASTICS. Uses of Epidemiology inaging Report of. a scientific group. **Technical Report Series, 706** Word. Health Stastics, 1997.
- YESAVAGE, J. A. Depression in the elderly: how to recognize symptoms and choose appropriate therapu. **Posgrad. Med.**, 91 (1): 255-61, 1992.
- ZHAN, L. Quality of life: conceptual and measurement issues. **Journal of Advance**

Nursing, v. 17, n.º 7, p. 795-800, 1992. (SEPLAN-GO/SEPIN – 2000)

ANEXOS

ANEXO 1**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nome do aluno:.....

Pesquisador responsável: Prof^ª. Enf^ª. Marta Carvalho Loures

O presente trabalho “*Avaliação da Depressão, do Estresse e da Qualidade de Vida nos Alunos* antes e após freqüentarem a Universidade Aberta da Terceira Idade, da Universidade Católica de Goiás”, visa descrever e comparar o que sentem os grupos participantes, no início e término do Curso/Programa, com a finalidade de subsidiar a elaboração de dissertação de Mestrado.

Fui informado (a) que deverei responder dois questionários sobre o assunto, um no início do primeiro semestre e outro ao concluir o segundo semestre.

É garantido o sigilo e a privacidade dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Os dados, informações e fotografias provenientes deste trabalho sempre resguardando a sua privacidade, poderão ser utilizados com fins de publicação e produção de informações científicas, com o intuito de buscar a melhoria da qualidade de ensino das instituições da terceira idade.

Entretanto, a negativa de responder o questionário por parte do aluno, não o impede de continuar a freqüentar a Universidade Abeta da Terceira Idade, da Universidade Católica de Goiás.

O trabalho a ser desenvolvido poderá trazer benefícios para a Saúde física e mental dos alunos, sem produzir nenhum dano aos sujeitos da pesquisa e, tendo em consideração, a sua adequação e concordância com os dispositivos da Resolução 196/96.

Eu, venho por meio desta manifestar meu consentimento em participar do trabalho acima referido, tendo tido oportunidade de ler e/ou entender os termos e palavras contidas no termo acima, sendo que me foram dadas explicações referentes a ele.

Estou ciente ainda de que, em qualquer momento que me sentir constrangido(a) em participar deste trabalho, comunicarei ao pesquisador e serei, desta forma, excluído(a) da pesquisa.

Goiânia, _____ / _____ / _____.

Assinatura do Aluno

Prof^ª. Enf^ª. Marta Carvalho Loures

ANEXO 3**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS
PESQUISA: POPULAÇÃO DE ALUNOS QUE
FREQÜENTAM A UNATI/UCG, NO PERÍODO DE 1998/2 A 2000/1

**AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO, DO ESTRESSE E DA QUALIDADE
DE VIDA EM ALUNOS NO INÍCIO E FINAL DO CURSO DA
UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE, UCG**

QUESTIONÁRIO N.º: _____

BAIRRO: _____

CIDADE: _____

ESTADO: _____

PAÍS: _____

ORIENTADORA: DRA. LUCY GOMES VIANNA/
RESPONSÁVEL: MARTA CARVALHO LOURES

NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A) (LETRA DE FORMA):

INÍCIO DA APLICAÇÃO: _____ TÉRMINO DA APLICAÇÃO: _____

DATA DE APLICAÇÃO: _____

NOME DO ENTREVISTADO: _____

RUA: QUADRA: LOTE: _____

APTO: SETOR: FONE: _____

ONDE NASCEU: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

HÁ QUANTOS ANOS MORA EM GOIÂNIA: _____

NATURAL: ESTADO 1 () ZONA URBANA 2 () ZONA RURAL _____

SE ZONA RURAL, COM QUE IDADE SE MUDOU PARA ZONA URBANA: ANOS _____

SIGLAS UTILIZADAS NAS RESPOSTAS DESTES QUESTIONÁRIO

NS = NÃO SABE

NR = NÃO RESPONDEU

NA = NÃO SE APLICA

INFORMAÇÕES GERAIS

00 - Sexo

1 - () Masculino

2 - () Feminino

01 - Cor

1 - () branca

3 - () amarela

2 - () preta

4 - () parda

02 - Faixa etária (Idade - anos)

1 - () <60

6 - () 80-84

2 - () 60-64

7 - () 85-89

3 - () 65-69

8 - () mais de 89

4 - () 70-74

5 - () 75-79

03 - Escolaridade

1 - () analfabeto (nenhuma)

5 - () 2º grau completo

2 - () alfabetizado (sabe ler e escrever, mas não frequentou a escola)

6 - () 2º grau incompleto

3 - () 1º grau completo

7 - () 3º grau completo

4 - () 1º grau incompleto

8 - () 3º grau incompleto

04 - Qual a sua religião

1 - () Católica

4 - () Outras

2 - () Espírita

5 - () NS

3 - () Protestante

6 - () NR

05 - Qual seu estado civil ou conjugal?

1 - () solteiro (a)

5 - () separado(a)

2 - () casado (a)

6 - () desquitado(a)

3 - () com companheiro (a)

7 - () divorciado (a)

4 - () viúvo (a)

06 - O Sr.(a) tem filhos?

1 - () Sim

2 - () Não

Quantos: (a) _____ N° filhos: (b) _____ N° filhas: (c) _____

RECURSOS ECONÔMICOS

07 - Que profissão o Sr.(a) exerceu a maior parte de sua vida?

08 - O Sr.(a) está no momento:

- | | |
|---|--|
| 1 - () Empregado | 6 - () Afastado do emprego por problemas de saúde |
| 2 - () Desempregado | 7 - () Nunca trabalhou |
| 3 - () Aposentado por idade | 8 - () Prendas domésticas (do lar) |
| 4 - () Aposentado por incapacidade | 9 - () Outros (especificar) |
| 5 - () Aposentado por tempo de serviço | 10 - () NS |
| 11 - () NR | |
-

09 - O Sr.(a) tem algum trabalho remunerado?

- 1 - () Sim
2 - () Não

Especificar qual: _____

10 - Atualmente de onde vem a maior parte de seus rendimentos?

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| 1 - () Salário | 7 - () Ajuda de outros familiares |
| 2 - () Aposentadoria | 8 - () Ajuda de outras pessoas |
| 3 - () Pensão | 9 - () Outros (especificar) _____ |
| 4 - () Seguro | 10 - () NS |
| 5 - () Ajuda de filhos | 11 - () NR |
| 6 - () Rendimentos (aluguéis, juros) | |

11 - Quanto o Sr.(a) recebe de aposentadoria ou pensão?

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1 - () Menos de 1 salário mínimo | 4 - () 5 e mais salários mínimos |
| 2 - () 1 a 2 salários mínimos | 5 - () NS |
| 3 - () 3 a 4 salários mínimos | |

12 - O que o Sr.(a) ganha é suficiente para cobrir as despesas?

- | | |
|-------------|------------|
| 1 - () Sim | 3 - () NS |
| 2 - () Não | 4 - () NR |

13 - Com quem reside? (o entrevistado)

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1 - () esposo(a) / companheiro(a) | 4 - () outros parentes |
| 2 - () esposo(a), companheiro(a) e filhos | 5 - () só |
| 3 - () filhos(as) | 6 - () Outros (especificar) _____ |

14 - Que pessoas são sustentadas com sua renda (aposentadoria, salário ...)

- | | |
|--|---|
| 1 - () o próprio | 3 - () o próprio e familiares (indicar nº) _____ |
| 2 - () o próprio e o(a) esposo(a) ou companheiro(a) | 4 - () divide as despesas com outros familiares |

15 - Sua moradia é:

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1 - () Própria (do entrevistado) | 4 - () Outros (especificar) _____ |
| 2 - () Própria de familiares | 5 - () NS |
| 3 - () Alugada | 6 - () NR |

16 - Quem paga o aluguel?

- 1 - () Filhos
 2 - () Outros familiares
 3 - () Outros (especificar) _____
 4 - () NS
 5 - () NR
 6 - () NA

SAÚDE FÍSICA

17 - Peso: _____ Kg Altura: _____ IMC: _____
 Pressão sentado: _____ Em pé: _____

18 - O(a) Sr.(a) costuma verificar a pressão arterial para fins de controle?

1. () Sim
 a. () Regularmente
 b. () Raramente
 2. () Não

19 - Que vacinas tomou no último ano?

1. () Anti-hepatite
 2. () Antitetânica
 3. () Anti-febre amarela
 4. () Antigripe (Influenza)
 5. () Antipneumococos
 6. () Outras (especificar) _____
 7. () Não tomou
 8. () Não sabe

20 - Quantas vezes por ano o(a) Sr.(a) costuma freqüentar o serviço de saúde?

- 1 - () Nenhuma
 2 - () Uma
 3 - () Duas
 4 - () Três
 5 - () Quatro ou mais

21 - Como o Sr.(a) diria que está sua saúde no momento?

- 1 - () Muito boa
 2 - () Boa
 3 - () Ruim
 4 - () Muito ruim
 5 - () NS
 6 - () NR

22 - Comparada aos últimos anos o Sr.(a) acha que a sua saúde está:

- 1 - () Muito melhor
 2 - () A mesma coisa
 3 - () Pior
 4 - () Muito pior
 5 - () NS
 6 - () NR

23 - Comparada com outras pessoas o Sr.(a) acha que a sua saúde está:

- 1 - () Muito melhor
 2 - () Melhor
 3 - () Igual na média
 4 - () Pior
 5 - () Muito pior
 6 - () NS
 7 - () NR

24 - O(a) Sr.(a) no momento tem algum problema de saúde?

Entrevistador: Leia as alternativas e marque:

A. () Sim

B. () Não

C. () NS

D. () NR

PROBLEMAS

ESPECIFICAR

1 - () Diabetes (açúcar no sangue)

2 - () Hipertensão

3 - () Doenças do Coração

4 - () Respiratórios (Asma, bronquite, efizema)

5 - () Reumatismo

6 - () Intestinais. Quais? (obstipação / diarreia)

7 - () Coluna

8 - () Obesidade

9 - () Dermatológicos

10 - () Osteoporose

11 - () Alterações da tiróide

12 - () Alterações gastrointestinais (azia, má digestão, bolo no estômago, dor de estômago)

13 - () Outros

25 - Como está sua visão (mesmo com o uso de óculos ou lentes)?

1 - () Muito boa

5 - () Muito ruim

2 - () Boa

6 - () NS

3 - () Regular

7 - () NR

4 - () Ruim

26 - Usa óculos ou lentes?

1 - () Sim

3 - () NS

2 - () Não

4 - () NR

27 - Comparada a outras pessoas de sua idade, como o Sr.(a) diria que está sua visão?

1 - () Muito melhor

5 - () Muito pior

2 - () Melhor

6 - () NS

3 - () Igual (na média)

7 - () NR

4 - () Pior

28 - Como está sua audição (com ou sem ajuda de aparelho)?

1 - () Muito boa

5 - () Muito ruim

2 - () Boa

6 - () NS

3 - () Regular

7 - () NR

4 - () Ruim

29 - O Sr. (a) usa algum aparelho de audição?

- 1 - () Sim
2 - () Não
3 - () NS
4 - () NR

30 - Comparada a outras pessoas de sua idade, como o Sr.(a) diria que está sua audição?

- 1 - () Muito melhor
2 - () Melhor
3 - () Igual (na média)
4 - () Pior
5 - () Muito pior
6 - () NS
7 - () NR

31 - Em geral, qual é o estado dos seus dentes?

- 1 - () Muito bom
2 - () Bom
3 - () Regular
4 - () Ruim
5 - () Muito ruim
6 - () NS
7 - () NR

32 - Está faltando algum de seus dentes?

- 1 - () Não está faltando dentes
2 - () Alguns dentes estão faltando
3 - () A maioria dos dentes está faltando
4 - () Todos os dentes estão faltando
5 - () NS
6 - () NR

33 - O Sr.(a) tem algum dente postiço, dentadura, pontes etc.?

- 1 - () Sim
2 - () Não
3 - () NS
4 - () NR

34 - O(a) Sr.(a) tem dificuldades em mastigar os alimentos?

- 1 - () Não tem dificuldades
2 - () Muita dificuldade
3 - () Pouca dificuldade
4 - () NS
5 - () NR

35 - Já aconteceu do Sr.(a) perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente, seja porque não deu tempo de ir ao banheiro, quando está dormindo ou quando faz alguma força (tosse, espirra etc.)?

- 1 - () Sim
2 - () Não, passe a questão 36 e marque Não na questão 37
3 - () NS
4 - () NR

36 - Com que frequência isto aconteceu?

- 1 - () Uma ou duas vezes por dia
2 - () Mais de duas vezes por dia
3 - () Uma ou duas vezes por semana
4 - () Mais de duas vezes por semana
5 - () Menos de uma ou duas vezes por mês
6 - () NS
7 - () NR
8 - () NA

37 - Observação de entrevistador: (Há algum cheiro de urina no ambiente? Excluir criança pequena morando junto)

- 1 - () Sim
2 - () Não

38 - O(a) Sr.(a) tem mantido relações sexuais atualmente?

- 1 - () Sim
 2 - () Não
 a. () Com parceiro fixo
 3 - () Não responde
 b. () Sem parceiro fixo
 4 - () Não se aplica

39 - O(a) Sr.(a) costuma usar camisinhas nas relações sexuais para prevenir DST/AIDS?

- 1 - () Sim
 2 - () Não
 a. () Às vezes
 3 - () Não responde
 b. () Sempre
 4 - () Não se aplica

40 - O(a) Sr.(a) já teve doenças sexualmente transmissíveis (DST)?

1 - () Sim

2 - () Não

Qual? _____

41 - Com que idade aconteceu com o Sr.(a):

1 - Idade da primeira menstruação: _____ anos

2 - Idade da primeira relação sexual: _____ anos

3 - Idade da menopausa (última menstruação): _____ anos

42 - Faz terapia de reposição hormonal?

1 - () Sim

2 - () Não

Há quanto tempo? _____

43 - No último ano fez exames preventivos de câncer?

1 - () Sim

a. () Câncer de colo uterino (Papanicolau)

b. () Câncer de mama

() Mamografia () palpação

c. () Câncer de próstata

() toque () PSA () Ecografia prostática

d. () Câncer de pele

() Usa filtro solar

e. () Outros (especificar) _____

2 - () Não

44 - O(a) Sr.(a) tem o hábito de fumar?

1 - () Sim (carteiras/ano) a. Quanto tempo : _____

2 - () Não

3 - () Ocasionalmente

4 - () Ex-fumante a. Quanto tempo: _____

45 - Faz uso de bebidas alcoólicas?

- 1 - () Sim (anotar nº de vezes por semana)
- a. () Destilada: _____
- b. () Cerveja: _____
- c. () Vinho: _____
- d. () Licor: _____
- e. () Outras: _____
- 2 - () Não
- 3 - () Já usou, mas atualmente não usa

46 - Como esteve o apetite do(a) Sr.(a) no último mês?

- 1 - () Como de costume
- 2 - () Diminuído
- 3 - () Aumentado
- 4 - () NS
- 5 - () NR

47 - Como esteve o sono do(a) Sr.(a) no último mês?

- 1 - () Como de costume
- 2 - () Diminuído
- 3 - () Aumentado
- 4 - () NS
- 5 - () NR

48 - Quantas horas o(a) Sr.(a) costuma dormir diariamente?

- 1 - () Menos de 4 horas/dia
- 2 - () Entre 4 e 6 horas/dia
- 3 - () Entre 6 e 8 horas/dia
- 4 - () Mais de 8 horas/dia

49 - O(a) Sr.(a) realiza exercícios físicos?

- 1 - () Trabalhando
- 2 - () Caminhando
- 3 - () Futebol
- 4 - () Bicicleta
- 5 - () Natação
- 6 - () Dança
- 7 - () Ginástica
- 8 - () Oportunamente (compras, levar crianças à escola, indo para o trabalho a pé)
- 9 - () Outras (especificar) _____
- 10 - () Não

50 - Qual o número de vezes por semana e a duração em minutos da atividade mencionada na questão anterior?

- 1 - () Todos os dias durante meia a uma hora
- 2 - () Três vezes/semana durante meia a uma hora
- 3 - () Duas vezes/semana durante meia a uma hora
- 4 - () Outras (especificar) _____
- 5 - () Não se aplica

51 - Já sofreu quedas?

- 1 - () Sim
- a. () Com fratura
- b. () Sem fratura
- 2 - () Não

52 - Faz uso de prótese e/ou órtese?

- 1 - () Sim (especificar)
- a. () Prótese (bengala, andador, cadeira de rodas, membro artificial etc.)
-

- b. () Órtese (óculos ou lentes)
-

2 - () Não

53 - Participa de algum programa para a terceira idade?

1. () Sim

a. () Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI)

b. () Centro de Convivência

c. () Outros (especificar) _____

2. () Não

54 - Para realizar atividades da vida diária necessita de algum tipo de ajuda?

1 - () Sim

a. () Alimentação/hidratação

b. () Deambulação

c. () Higienização

d. () Eliminações fisiológicas

e. () Outros (especificar) _____

2 - () Não

55 - No caso de idoso dependente, quem presta os cuidados?

1 - () Esposo(a) ou companheiro(a)

2 - () Filhos

3 - () Outros parentes (especificar) _____

4 - () Não parentes (especificar) _____

56 - Participa de alguma entidade ou grupo associativo:

1 - () Clubes

5 - () Associações

2 - () Sindicatos

6 - () Outros (especificar) _____

3 - () Instituições Religiosas

7 - () Não

4 - () Instituições de caridade

57 - Quais suas opções de lazer?

1 - () Televisão

11 - () Fazer compras

2 - () Rádio

12 - () Sair para visitar os amigos

3 - () Jornal

13 - () Sair para visitar os parentes

4 - () Ler revistas e livros

14 - () Sair para passeios longos (excursão)

5 - () Receber visitas

15 - () Sair para encontro social ou comunitário

6 - () Cinema e teatro

16 - () Costurar, bordar, tricotar

7 - () Andar pela vizinhança

17 - () Algumas atividades para se distrair (jogos de carta, xadrez, jardinagem etc.)

8 - () Ir à Igreja

18 - () Apreciar a natureza

9 - () Ir a jogos (esporte)

19 - () Outros (especificar) _____

10 - () Participar de jogos (esportes)

58 - Comemora com freqüência datas importantes para você:

- | | | |
|--------------------------|---------|---------|
| 1 - Aniversários | () Sim | () Não |
| 2 - Natal | () Sim | () Não |
| 3 - Dia das Mães | () Sim | () Não |
| 4 - Dia dos Pais | () Sim | () Não |
| 5 - Bodas | () Sim | () Não |
| 6 - Outros (especificar) | _____ | |

59 - Como você classifica seu nível de satisfação com a vida hoje?

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1 - () Ótimo | 3 - () Regular |
| 2 - () Bom | 4 - () Péssimo |

60 - Como você classifica seu relacionamento familiar? (marido, filhos)

- | | | |
|-------------|------------------|-----------------|
| 1 - () Bom | 2 - () Razoável | 3 - () Difícil |
|-------------|------------------|-----------------|

61 - Como é a sua relação afetiva com familiares:

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1 - () Não tem família | 5 - () Muito insatisfeito |
| 2 - () Muito satisfeito | 6 - () NS |
| 3 - () Satisfeito | 7 - () NR |
| 4 - () Insatisfeito | |

62 - Costuma divertir-se?

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| 1 - () Sim | 4 - () Dificilmente |
| 2 - () Regularmente | 5 - () Não |
| 3 - () De vez em quando | |

63 - Quando o Sr.(a) está nervoso(a) [tenso(a)], pratica algumas dessas atividades físicas.

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1 - () Yoga | 4 - () Massagem |
| 2 - () Tai-chi-chuan | 5 - () Auto-massagem |
| 3 - () Relaxamento | 6 - () Meditação |
| | 7 - () Outros _____ |
| | 8 - () Não _____ |

SAÚDE MENTAL

Agora gostaria de saber como esta sua memória. Sabemos que com o tempo as pessoas vão tendo mais dificuldade para se lembrarem das coisas, portanto, não se preocupe com o resultado. (Entrevistador: estas questões não podem ser respondidas por outro informante.)

64 - Como o Sr.(a) acha que está a sua memória no momento?

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1 - () Muito boa | 4 - () Ruim |
|-------------------|--------------|

2 - () Boa 5 - () NS

3 - () Regular 6 - () NR

65 - O(a) Sr.(a) está fazendo uso de algum medicamento?

1 - () Sim (anotar nome)

a. () Com receita médica _____

b. () Sem receita médica _____

Dose _____ Tempo: _____

2 - () Não

66 - O(a) Sr.(a) toma algum remédio para doença nervosa?

1 - () Sim 3 - () NS

2 - () Não 4 - () NR

67 - No último mês o Sr.(a) sentiu dor de cabeça?

1 - () Não sentiu 4 - () Frequentemente

2 - () Algumas vezes 5 - () NS

3 - () Raramente 6 - () NR

68 - O(a) Sr.(a) já procurou algum tratamento psicológico ou psiquiátrico ou tratamento para doença nervosa?

1 - () Sim 3 - () NS

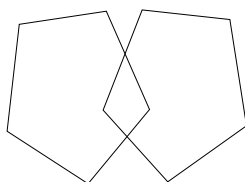
2 - () Não 4 - () NR

ANEXO 4

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (Mini-Mental)

Entrevistador: nas questões abaixo coloque “1” ao lado de cada questão respondida completa e corretamente, “½” caso apenas metade da questão esteja correta e “0” nas questões totalmente incorretas.

Perguntas	Pontos
a. () Que ano, estação, data, dia e mês em que estamos?	5
b. () Qual o seu estado, país, cidade, lugar e seu endereço?	5
c. () Nomeie 3 objetos (fale lentamente e peça para o idoso repetir até ele aprender todos os três)	3
d. () Numere em ordem decrescente a partir do número 7, dê cinco passos consecutivos ou soletre mundo de trás para frente.	5
e. () Pergunte sobre os três objetos relacionados acima	3
f. () Nomeie sobre inspeção um lápis, um relógio	2
g. () Repita “não se, e, ou mas”	1
h. () Complete o comando em 3 estágios (1 ponto cada), pegue um papel em sua mão, dobre e ponha-o no chão	3
i. () Leia e obedeça, “feche os olhos”	1
j. () Escreva uma simples sentença	1
k. () Copie este pentágono	1



Score total (pontos) 30

FONTE: FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH, P. R. The Mini-Mental State: a practical method for grading cognitive state of patients for the clinician. **Journal Psychiatric Reserarch**.12:189-198, 1975.

ANEXO 5

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (Versão Simplificada)

Entrevistador: nas questões abaixo coloque “1” ao lado de cada questão respondida completa e corretamente, “½” caso apenas metade da questão esteja correta e “0” nas questões totalmente incorretas.

Respostas indicando depressão estão em **negrito**. Cada resposta certa conta 1 ponto: escores acima de 5 indicam provável depressão.

- | | |
|--|------------------|
| 1 - O (A) Sr. (a) está satisfeito com a vida? | SIM / NÃO |
| 2 - O (A) Sr.(a) se afastou das atividades e das coisas de seu interesse? | SIM / NÃO |
| 3 - O (A) Sr.(a) acha sua vida vazia? | SIM / NÃO |
| 4 - O (A) Sr.(a) se aborrece com freqüência? | SIM / NÃO |
| 5 - O (A) Sr.(a) é otimista na maioria das vezes? | SIM / NÃO |
| 6 - O (A) Sr.(a) tem medo de alguma coisa ruim lhe aconteça? | SIM / NÃO |
| 7 - O (A) Sr.(a) se sente feliz na maioria das vezes? | SIM / NÃO |
| 8 - O (A) Sr.(a) se sente imprestável? | SIM / NÃO |
| 9 - O (A) Sr.(a) prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer novas coisas? | SIM / NÃO |
| 10 -O (A) Sr.(a) tem mais problemas com memória que muitos? | SIM / NÃO |
| 11 -O (A) Sr.(a) pensa que é maravilhoso estar vivo agora? | SIM / NÃO |
| 12 -O (A) Sr.(a) se sente muito imprestável com você? | SIM / NÃO |
| 13 -O (A) Sr.(a) sente que sua situação é desesperançosa? | SIM / NÃO |
| 14 -O (A) Sr.(a) se sente cheio de energia? | SIM / NÃO |
| 15 -O (A) Sr.(a) acha que a maioria das pessoas são melhores que você? | SIM / NÃO |

Instruções especiais: A escala pode ser usada como auto-avaliação ou executada por um avaliador. Também tem sido usada como uma escala de avaliação em pessoas levemente demenciadas.

FONTE: ALMEIDA, O. P; ALMEIDA, A. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arq Neuropsiquiatr, 57 (2-B): 421-426, 1999.

ANEXO 6

QUALIDADE DE VIDA (AFETIVA)

Como o Sr(a) tem estado no último mês?

- 1 - O Sr(a) sente agitado?
 - a. Sim
 - b. Não?
- 2 - Tem um relacionamento afetivo saudável (esposo(a), namorado(a))
 - a. Sim
 - b. Não?
- 3 - É comunicativo e alegre com seus filhos
 - a. Sim
 - b. Não?
- 4 - Sua família está razoavelmente satisfeita com o número de horas que dedico a ela semanalmente
 - a. Sim
 - b. Não?
- 5 - Recebe afeto
 - a. Sim
 - b. Não?
- 6 - Dá afeto
 - a. Sim
 - b. Não?
- 7 - Admira e gosta de si mesmo
 - a. Sim
 - b. Não?
- 8 - Gosta de observar a natureza
 - a. Sim
 - b. Não?
- 9 - Às vezes fico lembrando pequenos episódios bons da minha vida
 - a. Sim
 - b. Não?
- 10 - Comemora com prazer às datas importantes para mim.
 - a. Sim
 - b. Não?

FONTE: LIPP, M.N; ROCHA, J.C. stresse, hipertensão e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso. Campinas, Papyrus, 1994.

ANEXO 7

ESCALA HOLMES-RAHE PARA AVALIAÇÃO DO ESTRESSE

ACONTECIMENTOS	n.º de pontos
Morte do cônjuge	100
Divórcio	73
Ser preso	63
Morte de pessoa querida da família	63
Ferimento ou doença pessoal grave	53
Casamento	50
Demissão do emprego	47
Reconciliação com o cônjuge	45
Aposentadoria	45
Doenças em pessoa da família	45
Gravidez	40
Dificuldades sexuais	39
Chegada de novo membro à família	39
Adaptação a novo emprego ou negócio	39
Alteração da situação financeira	38
Morte de amigo (a) querido (a)	37
Mudança para outra área de trabalho	36
Variação na frequência de discussões com o cônjuge	35
Dívida	31
Mudança de responsabilidade no emprego	29
Filho (a) saindo de casa	29
Dificuldades com os sogros	29
Façonha pessoal incomum	28
Cônjuge começa ou pára de trabalhar	26
Início ou término de estudos escolares	26
Alterações nas condições de vida	25
Revisão de hábitos pessoais	24
Dificuldades com o chefe	23
Mudança nas condições ou no horário de trabalho	20
Mudança de escola	20
Mudança de tipo de lazer	19
Mudança de atividades sociais	18
Mudança no hábito de dormir	16
Mudança no hábito de comer	15
Férias	13
Natal	12
Transgressões (não graves) da lei	11

Fonte: LEVY, L. *Society, stress and disease*, Londres: Oxford University Press, 1971. v. 1.