

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA

CAMILA DE BESSAS LISBOA

QUALIDADE DE VIDA E O BEM ESTAR
PSICOLÓGICO DE IDOSOS

PATOS DE MINAS
2015

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA

CAMILA DE BESSAS LISBOA

QUALIDADE DE VIDA E O BEM ESTAR
PSICOLÓGICO DE IDOSOS

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Psicologia. Para finalidade de obtenção do título de Bacharel em Psicologia, podendo gozar dos direitos de Psicólogo.

Orientador: Profa. Ma. Sara Cristina de Assunção Melo

Co-orientador: Prof. Me. Gilmar Antoniassi Júnior

PATOS DE MINAS
2015

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Curso de Bacharelado em Psicologia

CAMILA DE BESSAS LISBOA

QUALIDADE DE VIDA E O BEM ESTAR PSICOLÓGICO DE IDOSOS

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Psicologia, composta em 23 de novembro de 2015.

Orientador: Profa. Ma. Sara Cristina de Assunção de Melo
Faculdade Patos de Minas

Co-orientador: Prof. Me. Gilmar Antoniassi Júnior
Faculdade Patos de Minas

Examinador 1: Profa. Ma. Juliana de Amorim Pacheco
Faculdade Patos de Minas

Examinador 2: Profa. Ma. Constance Bonvicini
Faculdade Patos de Minas

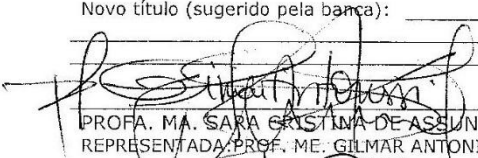



ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO, APRESENTADO^(A) POR CAMILA DE BESSAS LISBOA, COMO PARTE DOS REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE BACHAREL EM PSICOLOGIA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA.


Aos vinte e três dias do mês de novembro de dois mil e quinze, reuniu-se, no AUDITORIO CENTRAL, a Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas, constituída pelos professores: PROFA. MA. SARA CRISTINA DE ASSUNÇÃO MELO (Orientador^(a))-REPRESENTADA PELO PROF. ME. GILMAR ANTONIASSI JUNIOR, PROFA. MA. CONSTANCE REZENDE BONVICINI (Titular), PROFA. MA. JULIANA AMORIM PACHECO DE OLIVEIRA (Titular), para examinar o^(a) graduando^(a) CAMILA DE BESSAS LISBOA na prova de defesa de seu trabalho de conclusão de curso intitulado: QUALIDADE DE VIDA E O BOM ESTAR PSICOLÓGICO DE IDOSOS. O^(a) presidente da Comissão PROFA. MA. SARA CRISTINA DE ASSUNÇÃO MELO-REPRESENTADA: PROF. ME. GILMAR ANTONIASSI JUNIOR, iniciou os trabalhos às 19h, solicitou ao graduando^(a) que apresentasse, resumidamente, os principais pontos de seu trabalho. Concluída a exposição, os examinadores arguiram alternadamente o^(a) graduando^(a) sobre diversos aspectos da pesquisa e do trabalho. Após a arguição, que terminou às 21h, a Comissão reuniu-se para avaliar o desempenho do^(a) graduando^(a), tendo chegado aos seguintes resultados: PROFA. MA. SARA CRISTINA DE ASSUNÇÃO MELO -REPRESENTADA: PROF. ME. GILMAR ANTONIASSI JUNIOR (*Aprovada*), PROFA. MA. CONSTANCE REZENDE BONVICINI (*Aprovada*), PROFA. MA. JULIANA AMORIM PACHECO DE OLIVEIRA (*Aprovada*). Em vistas deste resultado, o^(a) graduando^(a) CAMILA DE BESSAS LISBOA foi considerado^(a) *aprovada*, fazendo jus ao título de BACHAREL em Psicologia, podendo assim gozar da profissão de Psicólogo, pelo Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas. Sendo verdade eu, Lúcia Helena dos Santos França, Secretária do Departamento de Graduação em Psicologia, confirmo e lavro a presente ata, que assino juntamente com o Coordenador do Curso e os Membros da Banca Examinadora.

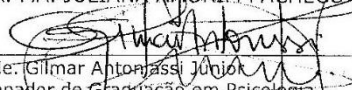
Patos de Minas, 23 de Novembro de 2015.

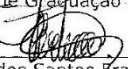
Novo título (sugerido pela banca): _____


PROFA. MA. SARA CRISTINA DE ASSUNÇÃO MELO
REPRESENTADA: PROF. ME. GILMAR ANTONIASSI JUNIOR


PROFA. MA. CONSTANCE REZENDE BONVICINI


PROFA. MA. JULIANA AMORIM PACHECO DE OLIVEIRA


Prof. Me. Gilmar Antonassi Junior
Coordenador de Graduação em Psicologia


Lúcia Helena dos Santos França
Secretaria do Departamento de Graduação em Psicologia

DEDICO este trabalho a todos os idosos que passaram invisíveis aos olhos daqueles que não reconhecem a velhice como algo inerente à vida.

AGRADECIMENTO

Se hoje comemoro essa conquista, está se deve em primeiro lugar a Deus e àqueles que estiveram ao meu lado em todos os momentos.

Meus pais, meu porto seguro, que foram meus maiores professores e exemplos na escola da vida, pelo extraordinário exemplo de amor, luta, dedicação e determinação.

Meu irmão, familiares e amigos que fizeram de meus sonhos seus próprios objetivos e de meus objetivos sua própria luta.

Ao meu namorado que sempre me apoiou para concluir essa longa caminhada, pelos grandes esforços e sacrifícios que fez para que esse sonho pudesse se concretizar.

Aos meus orientadores, pelo suporte e empenho dedicado à elaboração desde trabalho.

Quero compartilhar essa vitória com todos vocês, pessoas tão especiais que me ofereceram sempre o melhor que puderam dar, através de seu olhar de apoio, de sua palavra de incentivo, de seu gesto de compreensão, de sua atitude de segurança, mesmo quando me veio o desânimo. Nos momentos importantes, suportaram minha ausência; nos dias de fracasso, respeitaram meus sentimentos e enxugaram minhas lágrimas. Se hoje estou aqui é porque vocês acreditaram em meu sucesso e caminharam ao meu lado. Obrigada.

Envelhecer não é seguir um caminho já traçado, mas construí-lo permanentemente.

Maria Helena Novaes

QUALIDADE DE VIDA E O BEM ESTAR PSICOLÓGICO DE IDOSOS

QUALITY OF LIFE AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF ELDERLY

Camila de Bessas Lisboa¹

Graduando do Curso de Psicologia. Faculdade Patos de Minas.

Sara Cristina de Assunção de Melo²

Mestre em Psicologia. Faculdade Patos de Minas.

Gilmar Antoniassi Júnior³

Mestre em Promoção de Saúde. Faculdade Patos de Minas.

RESUMO

Observa-se nas últimas décadas, devido ao aumento da expectativa de vida, um aumento da população idosa. O presente estudo tem por objetivo identificar através da revisão de literatura as condições que permitem envelhecer com uma boa qualidade de vida e bem-estar psicológico. O envelhecimento pode ser dividido em primário/normal/senescência, secundário/patológico e em terciário/terminal. O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional. O bem-estar psicológico pode ser compreendido como a percepção da própria pessoa a respeito da adaptação emocional e social em relação aos desafios da vida. Pode-se perceber que o envelhecimento é um processo complexo, pluridimensional, revestido não apenas por perdas, mas também por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos.

Palavras-chave: Velhice. Qualidade de vida. Bem estar psicológico. Idosos.

¹ Orientando

² Professora Orientadora. Docente do DPGPSI/FPM

³ Professor Co-orientador. Docente do DPGPSI/FPM

ABSTRACT

It is observed in recent decades, due to increased life expectancy, an increase in the elderly population. The study aims to identify through literature review the conditions for aging with high quality of life and psychological well-being. The aging may be divided in primary / normal / senescence, secondary / pathological and Tertiary / terminal. The concept of quality of life is related to self-esteem and personal well-being, and covers a number of aspects such as functional capacity. The psychological well-being can be understood as the perception of oneself about the emotional and social adaptation to the challenges of life. You can realize that aging is a complex, multidimensional process, characterized by not only losses but also by individual and collective acquisitions, and inseparable, simultaneous phenomena.

Keywords: Old age. Quality of life. Psychological well-being. Elderly.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que nas últimas décadas, devido ao aumento da expectativa de vida, que se tem observado um aumento mais acelerado do número de idosos em países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos.

No Brasil, considera-se idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), a população de idosos no país apresenta um dos crescimentos mais acelerados do mundo, e projeta-se que em 2025 esses números chegarão a mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, correspondendo a 15% da população nacional e representando a sexta maior população de idosos do mundo.

Segundo Neri (2014), a fase da vida definida como velhice, com suas peculiaridades, só pode ser entendida a partir do vínculo que se determina entre os diversos aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. A idade cronológica reporta-se apenas a quantidade de anos que se passou desde o nascimento da pessoa. A idade biológica é caracterizada pelas transformações corporais e mentais que acontecem ao longo do processo de desenvolvimento e caracterizam o decurso

de envelhecimento humano, que pode ser assimilado como um processo que se inicia antes do nascimento do indivíduo e se estende por toda a existência humana.

O referido autor ainda fala que o conceito de idade psicológica pode ser usado em dois sentidos. Um refere-se à relação que existe entre a idade cronológica e às capacidades psicológicas, tais como percepção, aprendizagem e memória, as quais prenunciam o potencial de funcionamento futuro do indivíduo. Outro conceito de idade psicológica tem relação com o senso subjetivo de idade. Este conceito depende de como cada pessoa avalia a presença ou a ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento com outras pessoas de sua idade (NERI, 2014).

Sobre idade social Neri (2001), afirma que a idade social diz respeito à avaliação do grau de adequação de um indivíduo ao desempenho dos papéis sociais e dos comportamentos esperados para as pessoas da sua idade em um dado momento da história de cada sociedade.

De acordo com Vecchia (2005) o conceito de qualidade de vida varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.

Pensa-se que o Bem-Estar Psicológico é um construto multidimensional que reflete características relativas ao funcionamento psicológico positivo ou ótimo (MACHADO; BANDEIRA, 2012).

Os idosos não desejam ser rotulados como objetos de cuidado somente. Diante desta realidade é válido ressaltar a importância dos grupos de convivência, os quais oferecem oportunidades de interação social onde o idoso manifesta melhor o seu desempenho criativo, onde tem liberdade de se expressar e sentir-se estimulado. O grupo de convivência passa a ser o lugar onde se lida com as perdas com mais naturalidade (PICKLES et al., 2000).

As pessoas idosas que se encontram com um objetivo, numa tarefa ou missão mantendo-se ativas e focadas num projeto de vida adequado, provavelmente terão uma velhice cheia de sentido. Desta maneira, é possível sugerir e seguir possibilidades de caminhos alternativos para enfrentar a velhice de forma positiva.

Estudos revelam que a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que este possa conquistar e manter apoio social e garantir melhor qualidade de vida.

Porém, além do fator social os principais componentes relacionados à qualidade nessa fase são: capacidade funcional, estado emocional, atividade intelectual e autoproteção de Saúde (CARNEIRO et al., 2007).

Assim, destaca-se a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no bem-estar na senescência e os fatores associados à qualidade de vida de idosos, a fim de criar alternativas de intervenção que busquem atender as demandas da população que envelhece.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada no presente trabalho realizada foi revisão da literatura. A pesquisa compreendeu a análise de artigos, livros publicados e legislação relacionada ao tema no período entre os anos 1994 e 2014 nos idiomas português e inglês. A seleção dos artigos deu-se a partir das pesquisas das bases de dados e sites inteiramente confiáveis como: SCIELO, PEPsic, PSICOLOGADO, entre outros mediante o cruzamento das palavras-chave “velhice”, “qualidade de vida”, “bem estar psicológico”, “idosos”.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), a Política Nacional do Idoso (PNI) instituída pela Lei nº8. 842 de 4 de janeiro de 1994, e o Estatuto do Idoso instituído pela Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 definem as questões do idoso à partir de sua idade cronológica, pessoas com idade de 60 anos ou mais para países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos.

É importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem diferenças

significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas que possuem a mesma idade (BRASIL, 2005).

Para Hoyer e Roodin citado por Schneider e Irigaray (2008), a idade cronológica, que calcula a passagem do tempo transcorrido em dias, meses e anos desde o nascimento, é um dos modos mais comuns e simples de se conseguir dados sobre uma pessoa. No entanto, a compreensão de idade é multidimensional e, por esse motivo, a idade cronológica não se torna um bom critério de medida do desenvolvimento. A idade apenas aponta a quantidade de anos que tem passado desde o nascimento do indivíduo, sendo assim não é um indício de desenvolvimento biológico, psicológico e social, pois ela por si só não causa o progresso.

Assim, conforme os referidos autores, a idade cronológica deixa de ser um marcador exato para as transformações que acompanham o envelhecimento, passando a ser somente uma maneira padronizada de contagem do tempo vivido, uma vez que existem oscilações entre diversas variáveis com diferentes intensidades correlacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre idosos que possuem a mesma idade.

De acordo com alguns estudos citados pelos referidos autores, outros eventos, relacionados à vida pessoal, familiar e profissional servem de pontos de referência para mudanças. Desta forma, o envelhecimento humano pode ser entendido como um desenvolvimento complexo e constituído pelas diferentes idades: cronológica, biológica, social e psicológica.

A idade biológica é um processo que tem início antes mesmo do nascimento do indivíduo, é caracterizada pelas modificações corporais e mentais que acontecem durante o processo de desenvolvimento e que estendem por toda a vida, está ligada ao envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações que reduzem o desempenho e a eficiência. As alterações e prejuízos físicos fazem parte do envelhecimento (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Pyhn e Santos (2004, p.15) afirmam que:

É importante entender que idade biológica não está ligada à aparência física. Aparentar ser jovem não significa, necessariamente, estar biologicamente jovem. A idade biológica refere-se à condição interna, à situação de cada órgão e sistema.

Pode ser observado que o envelhecimento pela perspectiva do lado fisiológico depende expressivamente do estilo de vida que o indivíduo adota desde a infância e adolescência.

Para Neri (2014, p.294), “[...] a idade social diz respeito à avaliação do grau de adequação de um indivíduo ao desempenho dos papéis e dos comportamentos esperados para as pessoas de sua idade, num dado momento da história de cada sociedade.” A idade social é estabelecida pela obtenção de hábitos e status social pelo indivíduo para o desempenho de muitos papéis na sociedade ou perspectiva em relação às pessoas da mesma faixa etária. Esta idade é vigorosamente determinada pela cultura e história de um país.

Socialmente, de acordo com Schneider e Irigaray (2008), percebe-se que o indivíduo é caracterizado como idoso desde o momento em que deixa o mercado de trabalho, ou seja, a partir da hora em que se aposenta e deixa de ser economicamente ativo. A sociedade classifica os indivíduos aposentados como improdutivos e inativos. Junto com a aposentadoria, quase sempre se pode observar uma ruptura dos vínculos sociais com outras pessoas com as quais o indivíduo se relacionou ao longo de muitos anos. Verifica-se, ainda, um decréscimo no salário relevante e carência de ocupações alternativas fora do ambiente de trabalho.

Para Schneider e Irigaray (2008) a aposentadoria é “[...] um rito de passagem para a velhice, ela acentua sua vinculação à terceira idade, numa sociedade de consumo na qual apenas o novo é cultuado como fonte da renovação, do desejo, da posse.” (p. 65).

De acordo com (OMS, 2005), idosos manifestam uma possibilidade maior de perder parentes e amigos, podem ser mais susceptível à solidão, isolamento social e possuir um grupo social menor. O desamparo social e a solidão na velhice estão relacionados a decadência de saúde física e mental.

Mais uma vez, percebe-se o quanto a velhice é uma experiência heterogênea e complexa, pois para alguns a aposentadoria pode significar o desengajamento da vida social e, para outros, o início de uma vida social prazerosa, composta por atividades e lazer (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

O conceito de idade psicológica pode ser usado em dois sentidos. Um se refere à relação que existe entre a idade cronológica e às capacidades psicológicas, tais como percepção, aprendizagem e memória, as quais prenunciam o potencial de funcionamento futuro do indivíduo. O outro conceito de idade psicológica tem relação

com o senso subjetivo de idade. Este conceito depende de como cada pessoa avalia a presença ou a ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento com outras pessoas de sua idade (NERI, 2014).

Fatores psicológicos que são aprendidos durante o decurso da vida influenciarão significativamente à maneira de como o indivíduo envelhece. A auto-eficácia, que é a crença na capacidade de exercer controle sobre sua própria vida associa-se à critérios pessoais de comportamento durante o processo de envelhecimento e na elaboração para aposentadoria(OMS, 2005). Conforme afirma o mesmo:

Homens e mulheres que se preparam para a velhice e se adaptam a mudanças fazem um melhor ajuste em sua vida depois dos 60 anos. A maioria das pessoas fica bem humorada à medida que envelhece e, em geral, os idosos não diferem muito dos jovens no que se refere à capacidade de solucionar problemas. (p. 29).

De acordo com Neri (2001) a idade psicológica é definida como “[...] a maneira como cada indivíduo avalia em si mesmo, a presença ou a ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos da idade, com base em mecanismos de comparação social mediados por normas etárias.” (p. 43).

Mesmo sabendo o processo de envelhecer comporta grande heterogeneidade decorrente de fatores genéticos, ambientais e subjetivos, Schroots e Birren (1990), propuseram as definições de envelhecimento mas aceitas hoje sobre o envelhecimento primário, secundário e terciário.

Neri (2014) conceitua envelhecimento primário, normal ou senescência como progressivo, ou seja, afeta gradual e continuamente o organismo. É característica desse tipo de envelhecimento a diminuição de velocidade, tanto física como cognitiva. Assim como na velocidade há redução na força dos membros inferiores e também no equilíbrio inerte e dinâmico. Ocorrem perdas em funções cognitivas básicas. Acontecem modificações nas capacidades funcionais energéticas, que afetam metabolismo, circulação e respiração. E também nas capacidades biomecânicas que causam diminuição de força, mobilidade e resistência. Todas essas perdas podem afetar a autoestima e o senso de controle, refletindo na motivação e no funcionamento psicossocial.

Spiriduso (2005) afirma que apesar de suas causas serem distintas, os envelhecimentos primário e secundário relacionam significativamente. E destaca que

o stress ambiental e as doenças podem facilitar a aceleração dos processos básicos de envelhecimento, podendo aumentar a instabilidade do indivíduo ao stress ambiental e as doenças.

Envelhecimento secundário ou patológico, podendo ser chamado também de senilidade, caracteriza-se pela as alterações causadas por doença que se associam ao envelhecimento, como cardiovasculares, as cerebrovasculares e certos tipos de câncer, os quais não se confundem com as mudanças normais desse processo (NERI, 2014).

Envelhecimento terciário ou terminal é caracterizado por Neri (2014), como um período com perdas profundas e significativas tanto físicas como cognitivas, explicadas pelo acúmulo de efeitos do envelhecimento em um período de tempo relativamente curto. Nesse momento ocorrem perdas irreversíveis no potencial cognitivo e na aptidão de aprender, depressão, solidão, perda de autonomia e identidade. O envelhecimento terciário é mais provável na velhice avançada.

Os três termos mencionados anteriormente fazem parte de uma família de conceitos que se baseiam em dados biológicos e epidemiológicos. De uma origem diferente é o conceito de envelhecimento bem-sucedido, criado por Havighurst em 1958. De acordo com Teixeira e Neri (2008, p. 81):

As definições de envelhecimento saudável, ativo e bem-sucedido não encontram sustentação nos estudos que consideram apenas a longevidade como critério. O processo envolve múltiplos fatores individuais, sociais e ambientais, determinantes e modificadores da saúde. O conceito gera debates porque depende de uma apreciação individual que é justificada no bem-estar subjetivo. São infinitas as formas de sentir e avaliar a própria vida, de maneira que a interpretação literal da expressão “bem-sucedido” sugere uma noção simplista de sucesso ou fracasso.

Há vários termos compatíveis à qualidade de vida na literatura gerontológica. As mais utilizadas são: status de saúde, velhice ativa, velhice saudável, velhice bem-sucedida e satisfação em relação à vida (NERI, 2014).

A expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964 ao declarar que os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas. O interesse em conceitos como padrão de vida e qualidade de vida foi inicialmente partilhado por

cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de qualidade de vida refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (WHO, 1998).

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (VECCHIA, 2005).

De acordo com o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Grupo WHOQOL), a qualidade de vida é definida como a percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, considerando o contexto de sua cultura e de acordo com os sistemas de valores da sociedade em que vive, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1998).

Lawton (1991) descreveu na Gerontologia a estrutura de qualidade de vida a partir de percepções e ações clínicas em idosos debilitados, em ambientes institucionais. Ele retrata qualidade de vida na velhice como a avaliação multidimensional, relacionada a métodos intrapessoais e a critérios socionormativos, sobre o modelo pessoa-ambiente, no momento atual, no passado e no futuro. O conceito é apresentado em quatro dimensões objetivas, individuais, socioculturais e temporais, que se interagem simultaneamente: competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo (apud NERI, 2014).

De modo complementar, Neri (2014) sustenta que o conceito de qualidade de vida na velhice se associa diretamente com a presença de condições ambientais que possibilitam aos idosos exercer adaptações comportamentais, com a qualidade de vida percebida e também com o senso de auto eficácia. A avaliação subjetiva que

cada pessoa faz sobre seu desempenho é a contingência primária da qualidade de vida percebida. Já a auto eficácia é um importante indicador do comportamento em todas as idades, uma vez que caracteriza a crença percebida do indivíduo a respeito de que dispõe dos recursos necessários para alcançar os resultados que almeja.

O bem-estar psicológico pode ser compreendido como a percepção da própria pessoa a respeito da adaptação emocional e social em relação aos desafios da vida. Com base em pesquisas e inúmeros estudos, Ryff (1989) propôs um modelo multidimensional de bem-estar psicológico formado por seis dimensões: auto aceitação, que se refere a ter atitudes positivas em relação a si e à vida; relação positiva com outros, definida como uma relação satisfatória com os outros.

Enfatiza-se a autonomia, que diz respeito à resistência às pressões sociais; e avaliação de si com base nos próprios padrões; domínio sobre o ambiente, que se relaciona com a habilidade de escolher ou controlar ambientes apropriados à condição física; propósito na vida, que diz respeito ao senso de significado da vida; e crescimento pessoal, que está associado ao senso de realização e desenvolvimento do próprio potencial (NERI, 2006).

O senso de adaptação psicológica é constituído a partir da junção entre as oportunidades, as condições vividas pela pessoa (saúde, trabalho, moradia, educação), o modo pessoal como cada um organiza seu conhecimento e responde às necessidades individuais, sociais e às demandas ambientais. Assim sendo, as experiências vividas pelo indivíduo no meio social, profissional e emocional influenciam no bem-estar psicológico (QUEIROZ, 2003).

Neri (2014) afirma:

Bem-estar subjetivo é o senso pessoal, subjetivo ou privado de prazer, realização e adaptação que o indivíduo deriva de comparação de suas capacidades, de sua saúde, de seus recursos sociais e econômicos e de sua posição na estrutura social, levando em conta suas expectativas e seus valores, utilizando critérios de comparação pessoal, social e temporal.

Como pode se perceber o envelhecimento é um processo complexo, pluridimensional, revestido não apenas por perdas, mas também por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e como tal, sofre as influências da sociedade.

DISCUSSÃO

A evolução do envelhecimento resulta do equilíbrio entre as insuficiências do indivíduo e suas potencialidades, o que propicia a construção de artifícios para lidar com as perdas relativas a este processo e um ajustamento às desvantagens e restrições (RESENDE, 2006). Neste âmbito, pode-se sugerir a importância de pesquisas que possam ilustrar os fatores que colaboram para uma velhice com maior qualidade de vida.

Refletindo assim, Fleck, Chachamovich e Trentini (2003) elaboraram uma pesquisa que objetivou averiguar as circunstâncias que proporcionam uma boa qualidade de vida para o idoso. Tal pesquisa faz parte de um projeto maior que envolve outros dezesseis centros: Escócia, Inglaterra, Alemanha, Espanha, Dinamarca, França, República Tcheca, Hungria, Finlândia, Canadá, Austrália, Estados Unidos, Israel, Japão, Suécia e China, além do escritório europeu da Organização Mundial da Saúde (OMS), e do Centro Brasileiro do Grupo de Qualidade de Vida da OMS. Nesse estudo executado por Fleck et al. (2003), foram abordados, com oito idosos saudáveis e dez doentes, tópicos relacionados à qualidade de vida inerente de sua faixa etária. Os dois grupos estudados apontaram como aspectos mais importantes para contribuir com melhor qualidade de vida: em primeiro lugar saúde, seguidos por sociabilidade, suporte social, atividade física, possibilidade de dar suporte e apoio e sentimento de utilidades.

Em contrapartida, os participantes apontaram como elementos desfavoráveis à qualidade de vida: em primeiro lugar como destaque não ter permissão para ajudar, seguidos por problemas de saúde, falta de oportunidades de trabalho, falta de respeito para com os idosos, falta de atenção aos sistemas de saúde e educação, falta de senso de humor, doença, dor, ansiedade, problemas no casamento, não ter um bom relacionamento com a família, falta de atenção e amor e dificuldades em acompanhar os avanços tecnológicos.

Segundo Pereira (1997) citado por Cardoso e Ferreira (2009) estudos como os expostos acima demonstram que a ponderação da qualidade de vida envolve não

apenas a ponderação do bem-estar objetivo, ou seja, das condições de vida do indivíduo, mas também do bem-estar subjetivo, isto é, a maneira pela qual as pessoas percebem os múltiplos âmbitos de sua vida.

Analisando as pesquisas apresentados anteriormente, Neri (2004) aponta no âmbito das relações sociais o treino de habilidades sociais como uma das maneiras em que a psicologia pode auxiliar para o bem-estar objetivo e subjetivo na velhice. Uma possibilidade que se pode pressupor é a de que as habilidades sociais e o bem-estar subjetivo estão ligados de alguma maneira.

Continuando analisando elementos expostos anteriormente, Neri (2001) ainda complementa que as crenças de auto eficácia são elementares determinantes de bem-estar subjetivo nos idosos. A crença de auto eficácia refere-se à avaliação da pessoa sobre seus recursos de estruturar e exercer seguimentos de atitude devida para conseguir determinados padrões de comportamento.

Percebe-se que na esfera atual de estudos feitos com indivíduos na terceira idade a necessidade de se analisar os dilemas que dizem a respeito ao bem-estar na velhice, apontando que a longevidade que não apresenta qualidade não é uma vantagem e, sim, motivo de atenção.

CONCLUSÃO

O Brasil não é mais um país de jovens é notório o crescimento da população idosa.

Por muito tempo se tinha visão do envelhecimento como período de doenças, invalidez e percas. Atualmente essa concepção vem evoluindo e já se entende essa fase do ciclo vital como um momento favorável para novas aquisições e para a continuação do desenvolvimento e produção social, cognitiva e cultural. As experiências e o conhecimento obtidos durante a vida são vistos como conquistas que podem se aperfeiçoar e serem utilizadas em prol do indivíduo e a sociedade. Os idosos não desejam ser rotulados como objetos de cuidado somente.

A definição de qualidade de vida está vinculada à autoestima e ao bem-estar pessoal e englobam vários aspectos como a capacidade funcional, o nível

socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive.

Considera-se, então, que a qualidade de vida na velhice não é uma atribuição individual, não é uma propriedade do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas sim, um efeito da interação entre todos esses âmbitos e de pessoas em mudança, vivendo numa sociedade em mudança. O idoso necessita interagir com a sociedade, participar de decisões, dar opiniões, mostrar-se útil a determinado papel.

Observa-se que o senso de adequação psicológica é moldado a partir da junção entre as oportunidades, às condições vividas pela pessoa, o modo pessoal como cada um organiza seus conhecimentos e responde às necessidades individuais, sociais e às demandas ambientais. Assim sendo, as experiências vividas pelo indivíduo no meio social, profissional e emocional influenciam no bem-estar psicológico.

Então, pode-se perceber que o processo de envelhecer é complexo, e é munido não apenas por prejuízos, mas também por conquistas individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. Dentro desta concepção, as pessoas idosas que se encontram num objetivo, numa tarefa ou missão mantendo-se ativas e focadas num projeto de vida adequado, provavelmente terão uma velhice cheia de sentido. Sendo assim, é possível sugerir e seguir possibilidades de caminhos alternativos para enfrentar a velhice de forma positiva.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. **LEI Federal nº 10.741, de 01/10/2003**: Estatuto do idoso. Regulamentado pelo decreto nº 5.130 de 07 de julho de 2004, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **LEI Federal nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994**: Política Nacional Do Idoso. Regulamentado pelo decreto nº 1.948 de 03 de Julho de 1996. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília, DF, 2005.

CARNEIRO, R. S. et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicol. Reflex. Crit.** v. 20, n. 2, p. 229-237, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-79722007000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20. Set. 2015.

CARDOSO, M. C. S.; FERREIRA, M. C. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 2, p.380-393. 2009. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282021772011>>. Acesso em : 14. set. 2015.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600016&lng=en> . Acesso em: 10. set. 2015.

IRIGARAY, T. Q; TRENTINI, C. M. **Qualidade de vida em idosas**: a importância da dimensão subjetiva, v. 26, n. 3, p. 297-304, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a03>>. Acesso em: 02. Dez. 2014.

MACHADO, W. L.; BANDEIRA, D. R. **Bem-estar psicológico**: definição, avaliação e principais correlatos. v. 29, n. 4, p. 587-595, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/98995>>. Acesso em: 02. dez. 2014.

Neri, A. L. Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo. p.69-80. jan./jun., 2004. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/download/46/55>>. Acesso em: 22. set. 2015.

_____. O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: NERI, Anita Liberalesso. **Maturidade e velhice**: trajetórias individuais e socioculturais. Campinas: Papyrus, 2001. p.11-52.

_____. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2014.

_____. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Org. Pan-Americana da Saúde, 2005.

PICKLES, B. et al. **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Livraria Santos, 2000.

QUEIROZ, N. C. **Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia idade e velhice**. Dissertação de mestrado em Gerontologia. Campinas (SP): Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003.

RESENDE, M. C. **Ajustamento psicológico, perspectiva de envelhecimento pessoal e satisfação com a vida em adultos e idosos com deficiência física**. Tese de doutorado em Educação - Área de concentração Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação. Campinas (SP): Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, 2006.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia** v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>>. Acesso em: 07. abr. 2015.

SPIRDUSO, W. W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Barueri, Manole, 2005.

TEIXEIRA, I. N. D. O.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicol. USP**. v. 19, n. 1, p. 81-94, 2008. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/2673/art_LIMA_Envelhecimento_bem-sucedido_trajetorias_de_um_constructo_e_2008.pdf?sequence=1>. Acesso em: 08. abr. 2015.

VECCHIA, R. D. et al. **Qualidade de vida na terceira idade**: um conceito subjetivo. Rev. bras. Epidemiol. v. 8, n. 3, p. 246-252, maio 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000300006&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 01. Set. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties 1998. **Soc Sci Med** v. 46, n. 12, p. 1569-85, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol-publicacoes.html>>. Acesso em: 15. Jul. 2015.

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA

Autor Orientando:

Nome completo: Camila de Bessas Lisboa

Endereço: Rua Oliveira Francisco Rodrigues, 890, Esplanada. João Pinheiro, MG.

Telefone: (38) 9970-0762

Email: camiila.bessas@hotmail.com

Autor Orientadora:

Nome completo: Sara Cristina de Assunção Melo

Endereço: Rua Major Gote, 1901, FPM/Campus Shopping, 2º andar. Centro Patos de Minas, MG.

Telefone: (34) 3818-2300

Email: sarapsic@yahoo.com.br

Autor Co-Orientador:

Nome completo: Gilmar Antoniassi Júnior

Endereço: Rua Major Gote, 1901, FPM/Campus Shopping, 2º andar. Centro Patos de Minas, MG.

Telefone: (34) 3818-2300

Email: jrantiassi@bol.com.br

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Patos de Minas, 23 de novembro de 2015.

Camila de Bessas Lisboa

Sara Cristina de Assunção Melo

Gilmar Antoniassi Júnior