

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

**ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO: ASPECTOS
MOTORES E PSICOLÓGICOS DE IDOSOS DA CIDADE DE
JUIZ DE FORA, MG.**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ELAINE ANDRADE MOURA

2014

ELAINE ANDRADE MOURA

**ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO: ASPECTOS
MOTORES E PSICOLÓGICOS DE IDOSOS DA CIDADE DE
JUIZ DE FORA, MG.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia por Elaine Andrade Moura.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cláudia Helena Cerqueira Mármora

Co-orientador: Prof. Dr. Jorge Manuel Gomes de Azevedo Fernandes

Juiz de Fora
2014

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

Andrade Moura, Elaine .

Envelhecimento bem-sucedido: aspectos motores e psicológicos
de idosos da cidade de Juiz de Fora / Elaine Andrade Moura. -
- 2014.

109 p. : il.

Orientadora: Cláudia Helena Cerqueira Mármora

Coorientadora: Jorge Manuel Gomes de Azevedo Fernandes

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de
Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-
Graduação em Psicologia, 2014.

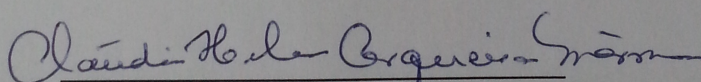
1. Envelhecimento bem-sucedido. 2. percepção do
envelhecimento. 3. satisfação com a vida. 4. mobilidade
corporal. 5. habilidade manual. I. Cerqueira Mármora, Cláudia
Helena, orient. II. Gomes de Azevedo Fernandes, Jorge Manuel,
coorient. III. Título.

Elaine Andrade Moura

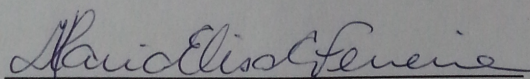
**ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO: ASPECTOS MOTORES E PSICOLÓGICOS DE
IDOSOS DA CIDADE DE JUIZ DE FORA, MG**

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

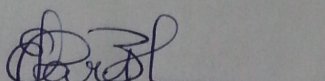
Dissertação defendida e aprovada em 20 de fevereiro de dois mil e quatorze, pela banca constituída por:



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



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



Membro Titular: Profa. Dra. Eliane Ferreira Carvalho Banhato
Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora - CES

AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa um crescimento profissional e pessoal imensurável. Muitas lições foram aprendidas, muitas amizades conquistadas e muito conhecimento adquirido. Isso tudo não seria possível sem o envolvimento de algumas pessoas.

À Prof^a. Dr^a. Cláudia Helena Cerqueira Mármora, profissional exemplar a quem tive o privilégio de ter como orientadora. Agradeço por todos os ensinamentos, desde as contribuições da dissertação, nas elaborações dos artigos até as do grupo de estudos, que nos proporciona um enriquecimento neurocientífico enorme. Agradeço não apenas pelo papel de orientação, mas também pelos momentos de amizade compartilhados.

Ao Prof. Dr. Jorge Manuel Gomes de Azevedo, por aceitar ser meu co-orientador e mesmo estando tão distante, me proporcionar ensinamentos riquíssimos.

À Prof^a. Dr^a Maria Elisa Caputo Ferreira, primeiramente por aceitar o convite para participar da minha defesa, pela colaboração direta e indiretamente na elaboração da dissertação, e por fim, por ter me acolhido num momento de desespero.

À Prof^a. Dr^a. Eliane Ferreira Carvalho Banhato, por aceitar o convite para participar das bancas de qualificação e da defesa, e pelas colaborações dadas.

Ao Prof. Dr. Carlos Mourão Júnior, por ter aceitado participar da banca de qualificação e pelas contribuições dadas.

Aos alunos Ralf e Thamara pela ajuda prestada, dada no decorrer da coleta de dados.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia pelos ensinamentos passados durante esses dois anos, e à Nilcimara, que tanto me ajudou a resolver / solucionar muitas dificuldades enfrentadas.

Ao Grupo de Estudos em Neurociências e a todos os membros.

Aos amigos que conquistei durante esse percurso.

Ao Rodrigo, amigo de todas as horas desde a graduação, muito obrigada.

Agradeço as instituições que foram sensíveis à proposta da pesquisa e abriram suas portas para realizar a coleta de dados da minha pesquisa.

Agradeço a todos os idosos participantes da pesquisa, sem os quais não seria possível a realização deste estudo, e com os quais aprendi muito sobre o envelhecimento.

Aos meus pais, Luiz e Lúcia, pelo apoio dado em todos os momentos da minha vida.

Ao meu noivo, Bruno, pelo apoio, amor e compreensão dados, pelas leituras efetuadas sobre temas desconhecidos, pelo carinho de cada dia.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro concedido, que apoiou no desenvolvimento da pesquisa.

A todos que direta ou indiretamente participaram dessa dissertação, o meu muito obrigada!

MENSAGEM DO VELHO AO MOÇO

Você já foi criança um dia... mas os anos se dobraram e fizeram de você um jovem, quase um adulto...

E agora você me olha com certo desprezo só porque muitos anos se dobraram para mim e hoje eu sou um velho...

Você observa minhas mãos trêmulas e encarquilhadas e se esquece que foram as primeiras a acariciar as suas, inseguras na infância.

Critica os meus passos lentos, vacilantes, esquecendo-se de que foram eles que orientaram seus primeiros passos.

Reclama quando lhe peço para ler uma palavra que meus olhos já não conseguem vislumbrar com precisão, esquecido das várias palavras que eu repeti inúmeras vezes para que você aprendesse a falar.

Fala da lentidão das minhas decisões, esquecendo-se de que suas primeiras decisões foram por elas balizadas. Diz que eu sou um velho desatualizado, mas eu confesso que pensei muito pouco em mim, para fazer de você um homem de bem. Reclama da minha saúde debilitada, mas creia muito trabalho foi preciso para garantir a sua.

Ri quando não pronuncio corretamente uma palavra, mas eu lhe afirmo que esqueci de mim mesmo, para que você pudesse cursar uma Universidade.

Diz que não possuo argumentos convincentes em nossos raros diálogos, todavia, muitas foram às vezes que advoguei em seu favor nas situações difíceis em que se envolvia.

Hoje você cresceu...

É um moço robusto e a juventude lhe empolga as horas...

Esqueceu sua infância, seus primeiros passos, suas primeiras palavras, seus primeiros sorrisos...

Mas acredite tudo isso está bem vivo na memória deste velho cansado, em cujo peito ainda pulsa o mesmo coração amoroso de outrora...

É verdade que o tempo passou, mas eu nem me dei conta...

Só notei naquele dia... naquele dia em que você me chamou de velho pela primeira vez, e eu olhei no espelho...

Lá estava um velho de cabelos brancos, vincos profundos na face e certo ar de sabedoria que na imagem de ontem não existia.

Por isso eu lhe digo meu jovem, que o tempo é implacável, e um dia você também contemplará o espelho e perceberá que a imagem nele refletida não é mais a que hoje você admira...

Mas você sentirá que em seu peito o coração ainda pulsa no mesmo compasso...

Que o afeto que você cultivou não se desvaneceu...

Que as emoções vividas ainda podem ser sentidas como nos velhos tempos...

Que as palavras amargas ainda lhe ferem com a mesma intensidade...

E que apesar dos longos invernos suportados, você não ficou frio diante da indiferença dos seres que embalou na infância...

Por isso que eu lhe aconselho, meu filho:

Não ria nem blasfeme do estado em que eu estou; eu já fui o que você é, e você será o que eu sou...

Aquele que despreza seus velhos é como galho que deixa o tronco que o sustenta tombar sem apoio.

A ingratidão para com os que nos sustentaram na infância é semente de amargura lançada no solo, para colheita futura.

Assim, façamos aos nossos velhos o que gostaríamos que nos fizessem quando a nossa idade já estiver bastante avançada.

(Raquel Póvoa).

RESUMO

O envelhecimento é um processo complexo que envolve as dimensões física, psicológica e sociocultural do indivíduo. Uma compreensão mais aprofundada desse período da vida permite mudar a visão de decrepitude associada a esse processo de envelhecimento e adensar os princípios para garantir um envelhecimento saudável. A cada dia, vêm surgindo estudos com enfoque na visão positiva do envelhecimento, transmutando aquela visão estereotipada da velhice. Desta forma, esta pesquisa objetivou avaliar os aspectos motores, habilidade manual e mobilidade corporal, e os aspectos psicológicos, satisfação com a vida e percepção do envelhecimento, em idosos que frequentam o Centro de Convivência Dona Itália Franco e o Polo de Enriquecimento Cultural para a Terceira Idade. Como metodologia, optou-se por um estudo transversal, descritivo, correlacional e quantitativo. A seleção dos participantes foi feita por meio da amostragem aleatória simples, feita com base no cadastro inicial dos idosos que frequentam os locais. A fim de alcançar os objetivos traçados, foram aplicados 7 (sete) instrumentos: o questionário sociodemográfico, o Mini Exame do Estado Mental para avaliar a capacidade cognitiva, o índice de Barthel para avaliar a independência em atividades diárias; o *Nine Hole Peg Test* para avaliar a habilidade manual fina; o *Timed up and go test* para avaliar a mobilidade corporal; o Índice de Satisfação com a vida para a terceira idade, um questionário que avalia a satisfação com a vida e por fim, o Questionário de Percepção do Envelhecimento para avaliar como os idosos percebem esse período da vida. Para análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, com nível de significância de 0,05 para todos os testes. Constatou-se por meio desse estudo que locais como o Centro de Convivência e o Polo de Enriquecimento Cultural da cidade de Juiz de Fora, MG, são locais propícios para promover um envelhecimento bem-sucedido. Diante disso, os idosos que frequentam tais estabelecimentos apresentam uma manutenção da capacidade funcional em idades mais avançadas, estão satisfeitos com a vida independente da idade, da classe econômica, da escolaridade e do estado civil, e percebem o processo de envelhecimento de uma forma positiva.

Palavras-chave: envelhecimento, habilidade manual, mobilidade corporal, satisfação com a vida e percepção do envelhecimento

ABSTRACT

Ageing is a complex process involving the physical, psychological and sociocultural dimensions of the individual. A deeper understanding of this period of life lets one change the view of decrepitude associated with this ageing process and thicken the principles to ensure a healthy ageing. There are new studies focusing on the positive view of ageing coming every single day, transmuting the stereotypical view of old age. Thus, this study aims to evaluate the motor aspects, manual dexterity, body mobility, as well as psychological aspects, life satisfaction and the perception of ageing in the elderly who attend the Centro de Convivência Dona Itália Franco the Polo de Enriquecimento Cultural para a Terceira Idade. As regards methodology, a cross-sectional, descriptive, quantitative and qualitative study has been chosen. The selection of subjects was made through a simple random sampling taken based on the initial registration of the elderly who attend the aforementioned places. In order to achieve the objectives outlined, seven (7) tools were applied: sociodemographic questionnaire, the *Mini Mental State Examination* to assess the cognitive ability, the Barthel index to assess independence in daily activities, the *Nine Hole Peg Test* to assess the fine manual dexterity, the *Timed up and go test* to assess body mobility, the Life Satisfaction Index for Senior Citizens, a questionnaire which assesses satisfaction with life and, lastly, the Ageing Perception Questionnaire, to evaluate how the elderly perceive this period of life. For data analysis, the *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) software, version 20.0, was used with a significance level of 0.05 for all tests. It was found through this study that places like the Centro de Convivência and Polo de Enriquecimento Cultural of Juiz de Fora, MG, are good places for the promotion of successful ageing. Due to the findings in this dissertation, the elderly who attend such establishments showed a maintenance of the functional capacity in older ages, are satisfied with life regardless of age, social class, education and marital status, and perceive the ageing process in a positive way.

Key words: ageing, manual dexterity, body mobility, life satisfaction and perception of ageing

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

Tabelas

Tabela 1	Características da amostra quanto à idade, gênero e nível educacional.....	26
Tabela 2	Média, desvio padrão e análise de variância da habilidade manual.....	27
Tabela 3	Regressão linear múltipla utilizando a idade e a escolaridade como variáveis explicativas sobre a habilidade manual.....	28
Tabela 4	Características dos participantes em termos de escolaridade, classificação econômica e estado civil.....	40
Tabela 5	Média, desvio padrão e análise de <i>One Way Anova</i> para os domínios da satisfação com a vida em função da idade.....	41
Tabela 6	Média, desvio padrão e análise de <i>One Way Anova</i> dos domínios da satisfação com a vida e da mobilidade corporal em função da escolaridade, da classe econômica e do estado civil.....	42
Tabela 7	Frequências absoluta e relativa dos domínios da satisfação com a vida em função dos quartis.....	43
Tabela 8	Pontos de corte do critério de classificação econômica.....	52
Tabela 9	Nível educacional.....	53
Tabela 10	Estatística descritiva da amostra. Médias, desvios padrões percentagens e número total de participantes.....	56
Tabela 11	Características dos grupos I e II. Medianas, médias, desvios padrões (DP), percentagens e número total de participantes.....	57

Figuras

Figura 1	Diferenças entre grupos por meio dos escores da habilidade manual.....	27
Figura 2	Escore médios da mobilidade corporal entre os grupos de idosos...	41
Figura 3	Domínios da percepção do envelhecimento.....	54
Figura 4	Problemas de saúde referentes a cada grupo.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVDs	Atividades instrumentais de vida diária
AVDs	Atividades de vida diária
CEP	Comitê de ética em pesquisa
DNA	Ácido desoxirribonucléico
HPT-9	<i>Nine Hole Peg test</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
SOC	Teoria da seleção, otimização e compensação
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT	x
LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES.....	xi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xiii
1 INTRODUÇÃO	1
2 REFERENCIAL TEÓRICO	4
3 OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GERAL:	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
4.1 MODELO DO ESTUDO	15
4.2 LOCAIS DO ESTUDO	15
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	17
4.4 POPULAÇÃO E COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA.....	17
4.5 INSTRUMENTOS	18
4.6 PROCEDIMENTOS	19
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
5.1 ARTIGO 1: A habilidade manual em idosos saudáveis e os efeitos da idade, da escolaridade e do gênero na destreza.....	20
5.2 ARTIGO 2: Mobilidade corporal e satisfação com a vida em idosos ativos	32
5.3 CAPÍTULO DE LIVRO: Proposições acerca de um novo paradigma da senescência baseado na percepção do envelhecimento	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS.....	64
ANEXOS E APÊNDICE.....	80

1 INTRODUÇÃO

Não basta, para uma grande Nação, haver acrescentado novos anos de vida. Nosso objetivo terá que consistir em acrescentar nova vida a esses anos.

(John Fitzgerald Kennedy)

As demandas oriundas do envelhecimento demográfico e do aumento da longevidade no Brasil, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), necessitam de atenção de profissionais de diversas especialidades, uma vez que a população e as autoridades nutrem importantes expectativas de compromisso com a qualidade de vida dos idosos. Interagir saberes e desenvolver competências para trabalhar de modo interdisciplinar são requisitos mínimos para que os trabalhos produzidos pelas diversas profissões ofereçam respostas eficazes para uma vida digna para os idosos em um futuro próximo (Conselho Federal de Psicologia, 2009).

Cabe ressaltar, que o envelhecimento não pode ser analisado como um fenômeno homogêneo e generalizável, pois vivemos em contextos marcados por intensas diversidades, tanto econômicas, quanto sociais e culturais. Tal processo deve ser considerado como multifacetado, complexo, situado no tempo e no espaço (Goldman, 1999).

A temática do envelhecimento traz diversas questões, sendo que um dos compromissos dessa pesquisa foi fornecer subsídios que enfatizassem esse período da vida como algo contínuo do desenvolvimento humano. Além disso, visou fomentar mudanças acerca do paradigma da velhice, promovendo dessa forma a internalização de um envelhecimento bem-sucedido. Assim, pretendeu-se investigar alguns assuntos sobre o envelhecimento e obter maiores esclarecimentos sobre aspectos que o permeiam, tais como constructos motores e psicológicos.

Os constructos motores adentram no conceito da capacidade funcional, por meio da habilidade manual e da mobilidade corporal, com enfoque em um envelhecimento autônomo, independente e ativo. A capacidade funcional é definida pela capacidade de realizar as atividades de vida diária de forma independente,

sendo sua preservação/manutenção considerada um dos componentes para alcançar um envelhecimento bem-sucedido.

Quanto aos aspectos psicológicos, foram abordados a satisfação com a vida e a percepção do envelhecimento. A primeira foi avaliada por um instrumento específico para a terceira idade, o qual avalia a satisfação com a vida em diversos domínios específicos do envelhecimento (Ferreira, 2012).

Para a avaliação do segundo aspecto buscou-se entender como os idosos percebem o processo de envelhecimento. Esse constructo é influenciado pelas normas sociais nas quais o indivíduo está inserido, internalizando assim a imagem do idoso (Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002). Para compreender como ocorre esse processo é importante abordar as mudanças inerentes do envelhecimento, pois elas agem como um estigma, o qual ultrapassa a visão do corpo, alcançando a personalidade e o papel social e cultural do idoso (Goldman, 2009).

Deste modo, esse constructo torna-se um dos maiores influenciadores do envelhecimento, pois a percepção de forma negativa pode afetar a saúde do idoso. Entretanto, se for percebida de forma contrária, positiva, pode contribuir para um envelhecimento bem-sucedido (Levy, Hausdorff, Hencke, & Wei, 2000; Levy et al., 2002).

Ao buscar referências em bancos de dados como SCOPUS, MEDLINE, PsycINFO, SciELO e PEDro com o intuito de compreender como o processo de envelhecimento estava sendo estudado, foi possível perceber que havia muitos estudos no âmbito da gerontologia. Porém, muitos desses, carregados de informações acerca dos declínios decorrentes do envelhecimento. Por outro lado, foram encontrados muitos estudos que abarcam o processo de envelhecimento de uma forma saudável, mas para alcançá-lo basearam-se principalmente no engajamento de atividades físicas (Carvalho, & Madruga, 2011; Larson, 2011; Matsudo, Matsudo, Neto, & Leite, 2001; Ueno, 2012).

E quanto aos aspectos psicológicos? E a psicologia positiva? E a percepção positiva do envelhecimento? Ao buscar dados que englobassem esses aspectos, foram encontrados poucos estudos com relação a um processo de envelhecimento de forma positiva, sendo a maioria destes de autoria de Becca R. Levy e sua equipe da Universidade de Yale nos Estados Unidos (Levy et al., 2000; Levy, 2009; Levy & Myers, 2004; Levy et al., 2002; Levy, Slade, Murphy, & Gill, 2012; Levy, 2003).

Diante do exposto, a escolha do envelhecimento como temática central dessa dissertação, mesmo sendo um assunto extensamente estudado, é ainda pouco abordado no que se refere a uma percepção positiva desse período da vida.

Os aspectos motores e a capacidade funcional já demonstraram serem fatores importantes e muito estudados durante o envelhecimento, e, associá-los aos aspectos psicológicos, principalmente aos positivos, torna-se essencial para compreender de forma mais completa esse período do desenvolvimento humano.

Para isso, essa pesquisa teve seu conteúdo estruturado em cinco capítulos, da seguinte forma:

Iniciou-se com o Referencial Teórico, o qual abordou conteúdos gerais acerca do envelhecimento populacional, os termos utilizados sobre a velhice, as várias teorias que tentam elucidar esse processo e as dimensões física, psicológica e social do envelhecimento. Diante do recorrido, traçou-se os objetivos e o percurso metodológico da pesquisa.

Em seguida foram elaboradas as descrições dos resultados e as discussões dos objetivos específicos. Tal capítulo foi originado a partir de dois artigos e um capítulo de livro, são eles:

Artigo 1: A habilidade manual em idosos saudáveis e os efeitos da idade, do gênero e da escolaridade na destreza

Artigo 2: Mobilidade corporal e satisfação com a vida em idosos ativos.

Capítulo de livro: Proposições acerca de um novo paradigma da senescência baseado na percepção do envelhecimento.

Por fim, as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Pretende-se com este capítulo traçar um panorama dos estudos sobre o envelhecimento desde seu início até a atualidade, abordando os diferentes conceitos de envelhecimento e das teorias acerca dele. Desta forma, o resgate histórico dessa visão chegando até as perspectivas atuais do envelhecimento permitirá uma compreensão de como o assunto tratado nesta pesquisa sofreu repercussões e transformações. Para iniciar essa apresentação de ideias, torna-se imprescindível o enquadramento do período do envelhecimento dentro do ciclo de vida conhecido como desenvolvimento humano.

O desenvolvimento humano abrange o crescimento, a maturação e a aprendizagem do ser humano. Ele abarca desde os sistemas fisiológicos e bioquímicos até as relações compostas por sequências de interações entre indivíduos, grupos e sociedades, incluindo suas crenças, mitos e valores (Dessen, & Junior, 2005). Além disso, refere-se à mudança na natureza e na organização da estrutura e da conduta de um organismo, relacionada com a idade (Pereira, 2005).

Até o início do século XX os estudos que abordavam o desenvolvimento humano centravam-se nos períodos da infância e da adolescência. Poucos tratavam do processo de envelhecer e aqueles que o faziam eram delimitados por estudos biológicos e fisiológicos. Diante disso, o envelhecimento foi fundamentalmente associado à deterioração do corpo, vinculado a perdas, doenças, dependência e falta de produtividade (Minayo, & Coimbra Junior, 2002).

Essa fase da vida era considerada por muitos como um processo de involução do desenvolvimento (Neri, 2006). Desta forma, era veiculada a uma visão estereotipada, a qual denotava um conceito de decrepitude a todo o processo de envelhecimento, dificultando e impedindo uma correta compreensão da evolução humana (Duarte, 1999).

Durante o século passado foram chamados de “devaneadores” aqueles que ousaram dizer que seria possível envelhecer bem, mesmo cuidando da saúde física, psíquica e mantendo os laços sociais e afetivos. Contrariamente aos pensamentos dos críticos da época, ocorreu o fenômeno da longevidade e o aumento progressivo da população idosa (Conselho Federal de Psicologia, 2009). Isso pode ser explicado pela relação direta do declínio nas taxas de mortalidade e natalidade, resultante

principalmente do avanço dos recursos na área da saúde (Ferreira, Corrêa, & Banhato, 2010; Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

As reflexões acerca das modificações no perfil etário geraram reformulações e ampliações teóricas e empíricas no campo da psicologia do envelhecimento. Por meio dessas mudanças, o envelhecimento passou a ser visto não só como uma etapa de desenvolvimento, mas como uma conquista da sociedade (Faleiros, 2009). A longevidade passou a ser considerada um triunfo, uma conquista, mas o termo utilizado para designar esse novo grupo emergente apresentou diversidade cultural em diversas nações, principalmente acerca da construção e da representação da velhice (Minayo, & Coimbra Junior, 2002).

A palavra velhice, no século XVIII, designava as pessoas com alto poder aquisitivo que ocupavam um patamar elevado na sociedade, além de estar associada a um “bom” cidadão. Esse mesmo termo, no século XIX na França, já apresentava uma conotação diferente, o velho (*vieux*) ou velhote (*viellard*) era o indivíduo que não detinha *status* social, àqueles que o possuíam recebiam outra terminologia, através do termo idoso (*personne âgée*) (Peixoto, 2006).

Felizmente, as conotações negativas quanto aos termos utilizados foram enfraquecendo, principalmente pela quantidade crescente de pesquisas em gerontologia e pelas preocupações com a saúde das pessoas mais velhas (Straub, 2007). Atualmente, o termo velho foi substituído por idoso ou pessoa na Terceira Idade, ocupando um espaço mais respeitoso.

Esse grupo populacional está enquadrando, a cada dia, pessoas com boas condições financeiras e um bom estado de saúde, acarretando assim, um surgimento crescente de programas focados neste segmento da população, tais como turismo, lazer, tratamentos estéticos, dentre outros (Debert, 1999; Straub, 2007). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), idoso é o indivíduo que possui idade maior ou igual a 60 anos para os países em desenvolvimento, e idade maior ou igual a 65 anos para aqueles que residem em países desenvolvidos.

Além dessa diferença etária entre países, muitos estudiosos do envelhecimento distinguem os idosos em faixas etárias. O estudo de Costa, Porto, Almeida, Cipullo, & Martin (2001) define os idosos que compreendem entre 60 a 74 anos como idosos jovens, os que apresentam idade entre 75 a 84 anos são chamados de idosos velhos e aqueles com idade igual e acima de 85 anos de idosos mais velhos. Os autores Santos, Souza, Marinho, & Mazo, (2013) classificam

os idosos em dois grupos: os idosos jovens com idade entre 60 a 79 anos e os idosos velhos com idade igual e superior a 80 anos. Enquanto Uhler, (2008) considera os idosos jovens com idade entre 65 a 75 e os idosos velhos com idade acima de 80 anos. O estudo de Costa, Nakatani, & Bachion, (2006) não utiliza essa terminologia para classificá-los, somente os segregam em faixas etárias, tais como 60 a 69, 70 a 79 e 80 a 89 anos. O IBGE (2010) também agrega os idosos em três faixas etárias, agrupando-os em 60 a 69, 70 a 79 e igual e acima de 80 anos.

Reconhece-se a importância de utilizar um critério etário para definir os idosos, porém as pesquisas assumem uma homogeneidade dentro dos segmentos quando admitem as faixas etárias. Esse procedimento acaba desconsiderando o complexo processo do envelhecimento, o qual é percebido e entendido de maneiras diferentes e que apresentam outros fatores envolvidos (Straub, 2007).

Ao considerar somente o envelhecimento cronológico dos idosos, deixa-se de conhecer a verdadeira idade de um indivíduo, pois ela é o conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais que variam de pessoa a pessoa, os quais a levam ao ponto em que se encontra no ciclo de vida (Paula, 2010; Straub, 2007). Portanto, o envelhecimento é um processo biopsicossocial, o qual é preciso ser considerado antes de classificar alguém como velho ou idoso.

Ao abordar o envelhecimento biológico nos deparamos com diversas teorias que tentam elucidá-lo. A mais antiga é conhecida como teoria do desgaste, cujas peculiaridades remetem ao desgaste de células e tecidos em consequência do seu uso. Outra teoria muito abordada é a dos radicais livres, a qual consiste no acúmulo gradual dessas moléculas em células corporais causando danos nessas últimas. Os radicais livres são altamente instáveis, oriundos do produto do metabolismo oxidativo das mitocôndrias. À medida que se acumulam, danificam as membranas celulares, as proteínas celulares, as gorduras, os carboidratos e até mesmo o DNA¹, tornando as pessoas mais vulneráveis às doenças com o avançar da idade (Papalia, et al., 2006; Stadtman, 2006; Straub, 2007; Wallace, 1992).

Outra teoria muito discutida para explicar o envelhecimento biológico é a programação genética, a qual sustenta que os corpos envelhecem segundo uma sequência normal de desenvolvimento programada nos genes. As células do corpo têm uma capacidade de replicação limitada, aproximadamente 50 vezes, antes que

¹ Ácido Desoxirribonucleico

os danos ao DNA e os erros na síntese de proteínas, que são sinais de velhice, façam com que as células morram (Jin, 2010). Com isso, sugere-se que as células têm um limite biológico no ciclo de vida e a cada divisão celular tornam-se menores (Demongeot, 2009; Papalia et al., 2006; Straub, 2007). Porém, essas transformações não ocorrem da mesma forma em todos os indivíduos, caso contrário, todos os seres humanos morreriam com a mesma idade (Finch & Tanzi, 1997; Kenyon, 2010).

O discurso sobre as teorias do envelhecimento biológico é muito influenciado pelas modificações externas evidentes e a redução da eficácia dos processos fisiológicos, tais como aparência, precisão, visão, agilidade física, força, entre outras (Demongeot, 2009; Straub, 2007).

Muitas alterações neuromusculares ocorrem com o envelhecimento biológico, tais como: perda de massa muscular, diminuição do número e tamanho dos neurônios, diminuição da velocidade de condução nervosa, aumento do tecido conectivo dos neurônios, declínio do tempo de reação, redução da flexibilidade, da força, da resistência e da mobilidade articular. Essas mudanças afetam a capacidade e a agilidade de realizar movimentos (Matsudo et al., 2001). Fatores como esses determinam limitação da capacidade de coordenação, perda de controle do equilíbrio corporal estático e dinâmico, e redução da habilidade de manipular objetos (Rebelatto, Calvo, Orejuela, & Portillo, 2006). Essas consequências podem influenciar a realização das atividades de vida diária (AVDs) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) (Pinto, 2003; Turgeon, MacDermid, & Roth, 1999). Além disso, a habilidade manual está envolvida em tarefas relacionadas ao trabalho e a atividades recreativas, além de ser o componente mais ativo do membro superior (Carmeli, Patish, & Coleman, 2003).

No que tange ao envelhecimento, a manutenção dessas atividades permite que os idosos mantenham-se independentes. Muitos declínios decorrentes do envelhecimento biológico podem privar os idosos de realizar algumas atividades, ter vida social e manter sua autonomia. Quando a capacidade funcional é afetada, a realização das atividades supracitadas torna-se também prejudicada (Papalia et al., 2006).

A manutenção da função motora dos idosos é muito importante para preservar a capacidade funcional destes, pois a redução desta capacidade está associada à predição de fragilidade, de problemas de mobilidade, de risco

aumentado de quedas, de dependência e de institucionalização. Em consequência disto, muitos idosos podem apresentar prejuízos referentes aos aspectos psicológicos. Essas alterações são mais propícias de ocorrerem com o avançar da idade, quando os declínios são mais frequentes (Angelini, Cavapozzi, Corazzini, & Paccagnella, 2012).

Para obter um envelhecimento positivo, os fatores psicológicos destacam-se dentre aqueles de maior influência. Eles envolvem várias dimensões, uma delas é ajustar-se às mudanças físicas que acompanham o envelhecimento, aceitar lapsos de memória, tempos de reação não tão rápidos e processamento de informações um pouco mais lento. Ao mesmo tempo, a outra dimensão compreende o crescimento pessoal que abrange o desenvolvimento de novas habilidades e capacidades e, especialmente, a sabedoria da idade avançada (Straub, 2007).

A teoria de Erik Erikson, psicanalista nascido na Alemanha, retrata que a sabedoria é a virtude que emerge da velhice como resultado dos conflitos psicossociais, representando as idades em ciclos que se sucedem e se desenvolvem por toda a vida. Assim, a obtenção dessa virtude está no equilíbrio entre os traços positivos (experiências, motivações e oportunidades culturais) e os negativos (morte e autoaceitação) (Papalia et al., 2006).

Um constructo oriundo desse equilíbrio é a satisfação com a vida, porém antes de adentrar em seu conteúdo é preciso discernir os termos utilizados para defini-la, e para isso, é importante situá-la dentro da dimensão do bem-estar (Ferreira, 2012). A literatura aponta duas correntes teóricas que constituem sua base, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Ryan & Deci, 2008).

O primeiro é constituído por três componentes: afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida, sendo que a união destes corresponde à felicidade subjetiva (Diener, 2000). O segundo consiste em buscar a perfeição do potencial humano por meio da integração das dimensões do funcionamento psicológico. É constituído por seis componentes: autoaceitação, crescimento pessoal, sentido/propósito na vida, relações positivas com os outros, domínio do ambiente e autonomia (Huta & Ryan, 2010; Ryan & Deci, 2008). Entretanto, Diener (2012) relata que não está explícito na literatura que a satisfação com a vida é ponderada apenas pela perspectiva do bem-estar subjetivo, pois muitas pessoas consideram o sentido/propósito da vida ao

julgar sua satisfação com a mesma. Porém, ainda é precoce algum tipo de suposição de mudanças acerca desse constructo (Ferreira, 2012).

Assim, nesse contexto, a satisfação com a vida tem sido definida como uma avaliação global de aspectos da vida que é realizada pelo sujeito através de seu julgamento cognitivo. Apesar de ser influenciada pelo afeto positivo ou negativo, não é em si uma medida direta de emoção. Com isso, espera-se que as pessoas realizem um julgamento geral de suas vidas, ponderando as metas desejadas e as alcançadas, sem permitir que seu estado emocional decorrente de situações atuais interfira em sua avaliação ou julgamento de satisfação com a vida (Suh, Diener, & Fujita, 1996).

Outro aspecto psicológico muito importante a ser analisado é a percepção do envelhecimento, influenciada pelas normas socioculturais nas quais o indivíduo está inserido. No que tange ao aspecto sociocultural, a idade ainda é considerada o estereótipo que demarca a velhice (Levy et al., 2002), por definir a posição do indivíduo no ciclo de vida (Diehl & Wahl, 2010).

Além disso, ela ainda está associada às mudanças físicas presentes com o avançar da idade, tais como declínios de sistemas corporais e mudanças na imagem corporal. Essa última sofre alterações que transitam do jovem ao adulto e deste para o idoso (Sarkisian, Prohaska, Wong, Hirsch, & Mangione, 2005). Como principal consequência dessas mudanças, muitos idosos reduzem seu envolvimento em comportamentos saudáveis e preventivos, por acreditarem que os declínios relacionados ao processo de envelhecimento são inevitáveis e resultam em doenças (Levy & Myers, 2004).

Esse estereótipo negativo de idade reforça a conjectura que pessoas idosas são muito fracas ou muito velhas para se exercitarem, ou que o cuidado com a saúde não é possível (Levy et al., 2002; Levy, 2003; O'Brien Cousins & Gillis, 2005). A percepção negativa ou positiva do envelhecimento pode prejudicar ou beneficiar, respectivamente, o funcionamento físico e cognitivo dos idosos. A incorporação desta imagem está enraizada na cultura onde o indivíduo está inserido, sendo amplamente adquirida desde a infância por influência da família e pelo ambiente em que a criança vive. Esse estereótipo passa por um processo de internalização que vai sendo fortalecido ao longo da vida e ocorre em duas direções: da sociedade ao indivíduo e da infância à velhice (Levy, 2009).

A primeira decorre da influência da mídia e do tratamento tendencioso dos mais jovens com os mais velhos. Além desses, os próprios idosos transmitem uma imagem do processo de envelhecer. Caso ela demonstre ser de uma pessoa dependente, frágil, esquecida ou doente, as percepções vão-se tornando negativas e sendo generalizadas para todos os indivíduos mais velhos (Phoenix & Sparkes, 2006).

A segunda direção está relacionada com o ambiente onde as crianças estão inseridas. Se elas se desenvolverem em um ambiente arraigado em imagens negativas do envelhecimento, quando alcançarem a velhice serão prejudicadas por essa internalização que carregaram ao longo da vida. Acredita-se que a percepção negativa traz consigo um elevado número de problemas de saúde (Levy, Zonderman, Slade, & Ferrucci, 2009), além de reduzir a longevidade (Levy et al., 2002).

Desta forma, a percepção do envelhecimento sofre forte influência da cultura em que o indivíduo está inserido. É o que se observa, por exemplo, nos Estados Unidos da América, onde se cultiva a beleza e a juventude e não a experiência e sabedoria de uma pessoa mais velha. Já no Japão, o envelhecimento apresenta um significado oposto, onde as pessoas percebem o idoso como um indivíduo que detém a sabedoria, a maturidade e a expansão espiritual, cabendo a eles a função de orientar e decidir questões familiares (Minayo & Coimbra Junior, 2002).

Diante do exposto, constata-se que a percepção do envelhecimento apresenta uma diversidade sociocultural, mostrando que a base dessa concepção está na sociedade. Com isso, pode-se observar a importância do papel social em desenvolver uma percepção positiva do envelhecimento e maximizar os seus benefícios, pois a elaboração da percepção formada por cada indivíduo e as experiências de envelhecimento são processos dinâmicos que pertencem ao *self* e a internalização das normas sociais (Steverink, Westerhof, Bode, & Dittmann-Kohli, 2001).

A partir das concepções de envelhecimento aqui abordadas faz-se necessário compreender o processo de envelhecimento como algo tridimensional, um modelo biopsicosocial, em que os fatores se interagem e influenciam-se uns aos outros (Straub, 2007).

O aumento progressivo do número de idosos vem se tornando alvo de preocupação e interesse para o desenvolvimento de políticas públicas e

pesquisadores da área. Segundo os dados da OMS (2005) estima-se que, no ano de 2050, existirão cerca de 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento como o Brasil. Segundo o censo demográfico realizado pelo IBGE em 2010, a população de idosos abrangia um total de 14,6 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, ou seja, 8,56% da população total do Brasil. Além desses dados, a OMS e o IBGE estimam que em 2025 o Brasil alcançará 32 milhões de idosos, representando uma mudança da 16^a para a 6^a posição mundial, em números absolutos de idosos (Carvalho Filho, & Papaléo Netto, 2006; Júnior & Tavares, 2005).

Esse aumento exponencial de idosos, o qual ocorre mundialmente, fez com que surgissem iniciativas que valorizassem a possibilidade de tornar o envelhecimento um processo influenciado por atitudes otimistas de quem já o vivencia e de quem ainda o vivenciará. As pesquisas que o norteiam foram originadas na Psicologia Positiva, com foco em sentimentos ou/e atitudes positivas durante este período da vida, ao invés de considerar os aspectos negativos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Tal movimento surgiu aproximadamente na última década do século XX com raízes na Psicologia Humanista, com o intuito de compreender o funcionamento saudável e adaptativo do ser humano. Caracteriza-se pelos traços psicológicos e experiências positivas do indivíduo, como o otimismo, a satisfação, o bem-estar, a felicidade, a resiliência, etc. (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

As vertentes dessa teoria são muito interligadas às do envelhecimento bem-sucedido. Este último abrange características de satisfação com a vida, longevidade, ausência de incapacidade, domínio/crescimento, participação social ativa, alta capacidade funcional/independência e adaptação positiva (Teixeira & Neri, 2008).

Uma teoria que aborda o envelhecimento com uma perspectiva positiva, que dinamiza esse processo como algo bem-sucedido é a teoria do curso da vida (*lifespan*). Ela foi desenvolvida pelo psicólogo Paul Baltes e propõe que o envelhecimento é um processo de desenvolvimento contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças genético-biológicas e socioculturais, as quais são marcadas por ganhos e perdas (Fonseca, 2007).

Para obter um envelhecimento bem-sucedido é preciso alcançar um equilíbrio por meio de um balanceamento entre os ganhos e as perdas. Com esse propósito, Baltes, (1997) introduziu um modelo adaptativo composto de estratégias de seleção,

otimização e compensação conhecido como teoria SOC (Baltes, 1997; Lima & Coelho, 2011). Segundo essa teoria, as estratégias utilizadas objetivam manejar satisfatoriamente mudanças biológicas, psicológicas e sociais que propiciam oportunidades (Neri, 2006).

A seleção busca um melhor funcionamento psíquico frente aos novos desafios, como o aprendizado de novos comportamentos, englobando a minimização das perdas de determinadas capacidades. A otimização inclui a aquisição ou a articulação de meios, internos ou externos, para viabilizar a conquista dos alvos estabelecidos pela seleção. A compensação compreende uma reação à perda de certas aptidões e envolve buscar novas maneiras de manter ou melhorar habilidades. Os resultados esperados ao final da SOC seriam: a maximização de ganhos, a regulação e a minimização de perdas, e a manutenção de funções adquiridas (Baltes, 1997; Neri, 2006).

Questões relativas ao envelhecimento da população consistem hoje em uma das metas mais relevantes no tocante às políticas públicas nos países em desenvolvimento, nos quais este fenômeno assume diversas faces e contornos. Há algum tempo, no Brasil, está se revendo o sistema de saúde e de proteção social, para que o envelhecimento ativo e saudável seja entendido como um processo normal, dissociando, assim, envelhecimento e adoecimento (Montanari, 2011).

A imagem positiva do envelhecimento associada à promoção de um envelhecimento bem-sucedido, no contexto brasileiro, tem início com a criação das Universidades Abertas para Terceira Idade, Centros de Convivência para Idosos, Centros-dia, Programas de Saúde dos Idosos, dentre outras iniciativas (Debert, 1999; Ferrigno, 1998; Scharfstein, 2006). Tais atitudes ilustram o escopo de ações afirmativas que estão sendo criadas para contribuir e favorecer o ideário do envelhecimento saudável (Brasil, 2008; Kalache & Keller, 2000).

Segundo a Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social (2009), esses locais que assistem a idosos vêm crescendo a cada dia e ocupando um lugar social cada vez mais conhecido. Acredita-se que por serem espaços que permitem que os idosos envelheçam de forma saudável, por oferecerem atividade física regular, além de espaço para ensino, aquisição de conhecimentos e sociabilidade entre os idosos ao conviverem com outras gerações, isso faz com que os idosos mantenham sua capacidade funcional e um envelhecimento sem doenças.

Os programas para a terceira idade são bem aceitos pelos idosos, pois lhes permitem construir relações novas e positivas com pessoas da mesma geração e fora do círculo familiar. Desta forma, eles descobrem ou reencontram papéis, participam de uma rede de solidariedade e troca de afetos, aumentam a autoestima, reconstróem um projeto de vida, preenchem o tempo livre e criam um espaço para sua existência (Motta, 2004).

Nas últimas décadas, tem crescido a visibilidade da população brasileira que envelhece, não apenas pelo aumento desse segmento demográfico, mas também por uma mudança de atitude. Os idosos tornaram-se mais participantes, reivindicativos e politicamente organizados pelo desejo de melhorar sua qualidade de vida e definir seu lugar na sociedade (Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social, 2009). Nessa possibilidade de retomada política, por meio da reivindicação de seus direitos e cidadania, é preciso sempre evocar o termo *Idoso* para que se estabeleça e se legitime uma verdadeira identidade sociocultural. Como se sabe, no Brasil existe uma série de leis e políticas voltadas para a terceira idade, que foram concebidas no período de transição democrática, ou seja, na passagem dos anos 1980 para os 1990, e que têm sido sancionadas ao longo das últimas décadas (Brasil, 1994; Brasil, 2008).

A Constituição de 1988 reconhece e garante o direito da população idosa a suas especificidades e necessidades por intermédio da Política Nacional do Idoso de 1994. Ela instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso em 1999 e normatizou o Estatuto do Idoso em 2003, o qual foi atualizado em 2006 (Montanari, 2011).

Esse arcabouço legal é de extrema importância para que o discurso sobre o envelhecimento instrumentalize práticas efetivas e adequadas, as quais podem ser obtidas por meio de parcerias acadêmicas. Tais parcerias podem promover a disseminação de aspectos importantes para alcançar essa nova perspectiva de envelhecimento, além de promover um embasamento nessa mudança de paradigma que estamos vivenciando.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar os aspectos motores, habilidade manual e mobilidade corporal, e os aspectos psicológicos, satisfação com a vida e percepção do envelhecimento, de idosos ativos frequentadores de um Centro de Convivência e de um Polo de Enriquecimento Cultural da cidade de Juiz de Fora, MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Avaliar a habilidade manual em idosos que frequentam o Polo de Enriquecimento Cultural para a Terceira Idade e o Centro de Convivência Dona Itália Franco e associá-la às características sociodemográficas.
- Avaliar a satisfação com a vida e a mobilidade corporal em idosos que frequentam as instituições supracitadas e associá-las às características sociodemográficas.
- Avaliar a percepção do envelhecimento em idosos que frequentam os locais referidos acima e associá-la às características sociodemográficas e à incidência de doenças durante o envelhecimento.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo, buscou-se apresentar a metodologia utilizada baseada nos objetivos traçados para essa pesquisa. Trata-se da ordenação do modelo do estudo, da escolha dos locais do estudo, dos aspectos éticos, dos critérios utilizados para enquadrar a amostra estudada, dos instrumentos e procedimentos utilizados.

4.1 MODELO DO ESTUDO

A pesquisa em questão caracteriza-se como descritiva, correlacional, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. O estudo descritivo busca apresentar e descrever os dados observados, registrados, analisados e classificados sem interferência do pesquisador (Marconi, & Lakartos, 2007). Ao associar com o correlacional permite descobrir algum relacionamento estatístico entre as variáveis descritas ou fenômenos observados que mudam/variam entre pessoas, ou que podem ser variados para finalidade de pesquisa (Papalia et al., 2006).

O delineamento transversal enquadra-se em um modelo de pesquisa que consiste na organização de grupos de indivíduos com diferentes idades, os quais serão avaliados em certa ocasião, fornecendo informações comparativas sobre determinada habilidade (Oliveira, Oliveira, & Leles, 2007; Papalia et al., 2006). A abordagem quantitativa fornece dados por meio de informações e opiniões coletadas através de questionários fechados, que são traduzidas em números para serem classificadas e analisadas com técnicas estatísticas (Marconi & LaKarto, 2007).

4.2 LOCAIS DO ESTUDO

Para realizar a pesquisa em questão foram escolhidas instituições que seguissem os seguintes critérios: agregar idosos de várias localidades/bairros da cidade de Juiz de Fora, MG; oferecer atividades que promovessem um envelhecimento ativo e localizar-se no centro da cidade, devido à acessibilidade dos pesquisadores. Após definir os critérios, as instituições que aceitaram participar foram o Centro de Convivência para Idosos “Dona Itália Franco” e o Polo de Enriquecimento Cultural para a Terceira Idade da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF.

O primeiro estabelecimento corresponde a um Programa Social de Assistência ao Idoso na modalidade não asilar, que busca garantir/promover a socialização, a autonomia, a manutenção da funcionalidade, o envelhecimento ativo e saudável. Além dessas ações, o Centro de Convivência em questão introduz e divulga as abordagens do envelhecimento no âmbito familiar e na comunidade através de ações culturais e educacionais.

Esse local conta com o auxílio de uma equipe multidisciplinar composta por 30 profissionais atuantes em diversos setores e áreas, tais como: psicologia, pedagogia, educação física, artes, informática, atividades recreativas, promoção de eventos, turismo entre outros. Esses profissionais atuam com intervenções gerontológicas, visando garantir um envelhecimento saudável, evitando a institucionalização dos idosos, por meio de duas principais ações: a convivência social e a educação para o envelhecimento.

A primeira delas promove a saúde física e mental dos idosos por meio da dança de salão, ginástica, grupo de crescimento pessoal, oficina de memória, teatro, jogos de salão, bingo, artes, artesanatos, trabalhos manuais, yoga, viagens, coral, inclusão digital para 3ª idade e bailes. A segunda, trabalha na melhoria das relações sociais por meio de encontros de gerações, palestras, seminários e grupos de estudos. O acesso a todas essas atividades é totalmente gratuito, permitido apenas a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos de qualquer condição econômica.

O Polo de Enriquecimento Cultural para a Terceira Idade faz parte de um projeto de extensão da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Esse projeto tem como proposta inserir os idosos na vida da Universidade e também de oferecer a eles cursos diferenciados e de enriquecimento cultural. As atividades consistem em: aulas de pilates, yoga, dança de salão, escola de postura, informática, línguas estrangeiras, palestras, aulas de medicina tradicional chinesa, dentre outras. Com isso, promovem debates da atualidade, visando conscientizar os idosos do papel que desempenham na sociedade.

Diferente do Centro de Convivência, as atividades oferecidas nessa instituição requerem um valor a ser pago pelos frequentadores, que varia de acordo com a atividade escolhida.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Após obter a permissão com os responsáveis pelas instituições para realizar a pesquisa de campo, foram adotados os procedimentos éticos para a aprovação do estudo. O projeto foi inscrito na plataforma Brasil sob o número 10802913.6.0000.5147, no dia 02 (dois) de fevereiro de 2013 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF (CEP - UFJF), no dia 21 de março de 2013, sob o parecer 238.469 (Anexo I).

Os participantes da pesquisa foram informados do propósito do estudo e tiveram todas as suas dúvidas esclarecidas. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa, de forma voluntária, foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I).

A pesquisa em questão apresentou risco mínimo aos voluntários. Caso o pesquisador percebesse algum risco a coleta era interrompida imediatamente. Os resultados dos instrumentos aplicados foram entregues a cada idoso ao final de cada avaliação, em forma de um pequeno relatório. O idoso que resolvesse desistir de participar poderia retirar sua autorização e obter seu questionário respondido a qualquer momento, mesmo tendo assinado o TCLE. Os dados coletados ficaram arquivados em uma pasta com o pesquisador responsável.

4.4 POPULAÇÃO E COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

Encontram-se inscritos no Centro de Convivência Dona Itália Franco um total de 5.500 idosos e no Polo de Enriquecimento Cultural 150 idosos. A seleção dos participantes, primeiramente, ocorreu com base no cadastro inicial de idosos assíduos que frequentavam as aulas de dança e de ginástica da primeira instituição citada acima, e as aulas de pilates, de yoga e de dança do segundo estabelecimento. Com isso a população alcançou um total de 259 idosos, 231 da primeira instituição e 28 da segunda.

Após realizar o cálculo amostral pela fórmula:

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q}$$

n = tamanho da amostra para populações finitas

σ^2 = abscissa da normal padrão

p = estimativa da proporção da característica pesquisada no universo

$q = 1 - p$

N = tamanho da população
e = erro amostral

(Fonseca & Martins, 1996), utilizando um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 0,5%, obteve-se um total de 171 idosos, 145 idosos do Centro de Convivência e 26 idosos do Polo de Enriquecimento Cultural.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos; apresentar estado de saúde estável (não ter problemas de saúde neuromuscular e neurológica autoreferidas); ser independente na realização de atividades diárias tais como: tomar banho, vestir, comer e deslocar-se, as quais foram averiguadas pelo Índice de Barthel; não utilizar dispositivos auxiliares: muletas e andadores (exceto bengala) e apresentar capacidade cognitiva preservada, averiguada pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo II) e, participar a pelo menos 6 (seis) meses das atividades dos locais abordados com assiduidade. Os critérios de exclusão foram: apresentar nota inferior a 90 no Índice de Barthel (Anexo III); apresentar nota inferior a 19 (idosos analfabetos) e 23 (idosos alfabetizados) no MEEM; não residir na cidade de Juiz de Fora.

Foi possível alcançar um total de 97 idosos na pesquisa (77 idosos do Centro de Convivência e 20 do Polo de Enriquecimento Cultural), com perda de 74 destes previsto pelo cálculo amostral inicial. Esse fato foi decorrente dos enquadramentos dos critérios de inclusão e exclusão e pela recusa de muitos destes em participar. O principal motivo pelas recusas, principalmente no Centro de Convivência, decorreu em consequência da quantidade de pesquisas que são realizadas neste estabelecimento, causando fadiga nos idosos em responder aos questionários.

4.5 INSTRUMENTOS

Este estudo utilizou 7 (sete) instrumentos, os quais foram aplicados em duas etapas: a primeira consistia da caracterização da amostra por meio da avaliação da capacidade cognitiva e da independência funcional; na segunda, foram aplicados o questionário sociodemográfico e os instrumentos que avaliaram a satisfação com a vida, a percepção do envelhecimento, a mobilidade corporal e a habilidade manual.

A composição da amostra foi realizada aplicando-se o MEEM e o Índice de Barthel, e de acordo com os resultados obtidos nestes dois testes, conforme indicado no item anterior, os idosos eram excluídos do estudo.

Quanto aos outros instrumentos, foi utilizado um questionário que abordou os dados sociodemográficos (Anexo IV), o *Timed up and go test* (Anexo V) para avaliar a mobilidade corporal, o *Nine Hole Peg Test* (Anexo VI) para avaliar a habilidade manual, o Questionário de Percepção do Envelhecimento (Anexo VII) e o Índice de Satisfação com a Vida para a Terceira Idade (Anexo VIII). As características dos instrumentos citados acima serão descritos, individualmente, nos trabalhos apresentados no capítulo referente aos resultados e à discussão.

4.6 PROCEDIMENTOS

Após aprovação do projeto no CEP sob o parecer (238.469/2013), foi realizado um processo seletivo para selecionar 2 (dois) bolsistas, alunos da graduação em fisioterapia, para auxiliar na coleta de dados da dissertação.

Previamente, foi realizado um treinamento com os bolsistas para visar a homogeneização o quanto possível da aplicação dos instrumentos. A coleta de dados teve início em 25 de março de 2013 com o projeto piloto, contendo 10 idosos. Após uma semana de coleta, foram adotadas as mudanças necessárias para o ajustamento da aplicação dos questionários de modo que os dados fossem mais fidedignos. A coleta de dados foi realizada até dia 29 de maio de 2013, alcançando um total de 97 idosos.

As entrevistas foram agendadas com uma semana de antecedência com cada idoso e o local utilizado para realizá-las foram salas disponibilizadas, em cada instituição, pelos diretores dos locais. Cada entrevista durou em torno de 2 horas e 30 minutos para aplicar todos os testes e questionários.

Para se obter a análise dos dados, foi utilizado o *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS ®) versão 20.0. A análise estatística de cada variável está elucidada no capítulo referente aos resultados e à discussão.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenvolvimento deste capítulo apresenta-se na forma de trabalhos realizados de acordo com os objetivos específicos traçados para esta pesquisa.

O primeiro objetivo correspondeu à avaliação da habilidade manual durante o processo de envelhecimento de idosos ativos.

5.1 ARTIGO 1

A habilidade manual em idosos saudáveis e os efeitos da idade, da escolaridade e do gênero na destrialidade.

Resumo:

O objetivo do presente estudo foi avaliar a habilidade manual em idosos ativos da cidade de Juiz de Fora, MG e compreender o desenvolvimento dessa habilidade em função da idade, do gênero e da escolaridade. Participaram 97 idosos com idade média de 72,35 anos ($DP = 2,57$) de um centro de convivência e de um polo de enriquecimento cultural para a terceira idade. Foram utilizados o *Nine Hole Peg Test* para avaliar a habilidade manual, o Mini Exame do Estado Mental para avaliar a capacidade cognitiva e um questionário sociodemográfico, o qual investigou a idade, o gênero e a escolaridade. Os resultados mostraram que a habilidade manual sofreu declínio com o avançar da idade e não apresentou relação com o gênero, ao passo que a escolaridade apresentou relação com a perda da habilidade manual, demonstrando que quanto maior a escolaridade menor foi a perda dessa capacidade.

Palavras-chave: envelhecimento, habilidade manual, idoso e capacidade funcional.

Introdução

No Brasil, o grupo populacional acima dos 60 anos vem aumentando mais que outras faixas etárias (OMS, 2005). O entendimento acerca das mudanças que afetam o desempenho funcional do idoso devido ao envelhecimento torna-se importante para oferecer apropriado e efetivo cuidado com o avançar da idade. Uma

mudança que pode ser associada ao envelhecimento é a redução da habilidade/destreza manual (Hackel, Wolfe, Bang, & Canfield, 1992).

A destreza manual pode ser definida como sendo um movimento fino voluntário, o qual manipula pequenos objetos durante tarefas específicas (Grice, Vogel, Mitchell, Muniz, & Vollmer, 2003). Segundo Chan (2000), é a capacidade de manipular objetos com os dedos de forma controlada e habilidosa, que é considerada essencial na capacidade funcional do indivíduo, pois está vinculada à realização bem-sucedida de tarefas de vida diária, trabalho, escola, jogos e lazer (Grice et al., 2003).

Essa habilidade sofre alterações decorrentes do envelhecimento, tais como redução da força, da velocidade de movimento e da coordenação, as quais estão relacionadas aos declínios da função neuromuscular (Thompson, 1994). Além disso, as mudanças do sistema visual podem afetar a função manual, incluindo redução da acuidade, pela dificuldade de diferenciação de cor, sensibilidade à luz e percepção de profundidade (Hackel et al., 1992).

Uma teoria que possivelmente poderia explicitar o declínio da habilidade manual é a hipótese retrógena, que se refere ao processo degenerativo que ocorre durante o envelhecimento, seguindo uma sequência reversa ao do desenvolvimento (Gao et al., 2011). A maturação cortical inicia-se nas regiões posteriores em direção às anteriores, sendo o lobo frontal a última região a completar o processo de maturação na idade adulta (Tamnes et al., 2013). Essa região é muito importante para a capacidade funcional do indivíduo, pois é responsável pela execução, organização e planejamento do movimento. Segundo a pesquisa de Tamnes e colaboradores, os padrões de mudanças com o envelhecimento nas áreas corticais, principalmente na área pré-frontal, estão mais vulneráveis a sofrerem atrofia.

Se a atrofia nas regiões anteriores do cérebro é algo que ocorre dentro dos padrões da normalidade do envelhecimento saudável, como saber até que ponto esta atrofia chega a afetar as atividades funcionais dos idosos? Questões como essa é que torna o processo de envelhecimento um desafio para profissionais da área geriátrica e gerontológica, pois é preciso conhecer qual é o ponto-limite da normalidade no envelhecimento saudável.

Kahn (2004) descreve o envelhecimento bem-sucedido firmado em três pilares fundamentais: mínimo risco de doenças e incapacidades, manutenção da função física e mental e engajamento na vida. No entanto, determinados declínios e

lentidão de alguns processos são inerentes ao envelhecer, como demonstra a teoria retrogênica, e não necessariamente significam ou predizem um processo patológico.

No escopo destas teorias, que tentam justificar e entender como o processo de envelhecimento afeta a capacidade de manipular objetos, pesquisas recentes têm evidenciado várias alterações em muitos componentes cruciais para a destreza manual. Uma delas é o aumento de força empregada na preensão manual de idosos, devido a uma diminuição da densidade de mecanorreceptores nos dedos e uma redução da aderência entre mãos e objeto (Diermayr, McIsaac, Kaminski, & Gordon, 2011; Parikh & Cole, 2012). No estudo de Diermayr, McIsaac, e Gordon, (2011) eles observaram um aumento de força em tarefas que exigiam maior atenção dos idosos, refletindo assim, a importância de tais achados, uma vez que, muitas das AVDs requerem a conjugação de cognição e manipulação de objetos.

Embora a diminuição da destreza manual fina no processo de envelhecimento saudável seja consenso na literatura, alguns estudos mostram que esta capacidade pode ser melhorada por meio da repetição (Parikh & Cole, 2012) ou por meio de um treinamento específico (Kornatz, Christou, & Enoka, 2005). O estudo de Krampe, (2002) evidenciou que quando o indivíduo se torna especialista em uma tarefa, esta permanece pouco sensível aos efeitos do envelhecimento. Além disso, sincronização, sequência e controle executivo dos movimentos mostram diferentes padrões relacionados à idade, não podendo ser reduzidos a declínios uniformes e globais. Dessa forma, abrem-se caminhos para criação e aprimoramento de ferramentas clínicas que possam intervir diretamente nesta capacidade de forma preventiva ou até mesmo reabilitadora.

Existem alguns testes que avaliam a função manual como o *Perdue Peg Board* (Tiffin & Asher, 1948), *Jebsen Test of Hand Function* (Jebsen, Taylor, Trieschmann, Trotter, & Howard, 1969) e o *Nine Hole Peg Test* (HPT-9). Esse último é um teste simples e de rápida execução para a avaliação da destreza manual fina (Mathiowetz, Weber, Kashman, & Volland, 1985).

Na literatura internacional, foram encontrados dois estudos normativos para o HPT-9 (Grice et al., 2003, Mathiowetz et al., 1985). Para a população brasileira, foram encontrados somente dois estudos, sendo um com o objetivo de criar uma versão brasileira da *Multiple Sclerosis Functional Composite Measure* (Haase et al., 2004) do qual o HPT-9 faz parte, e o outro de padronizar este mesmo instrumento (Tilbery et al., 2005). A destreza manual tem sido o foco principal de muitas

pesquisas sobre o envelhecimento (Diermayr, McIsaac, & Gordon, 2011; Kornatz et al., 2005; Michimata, Kondo, Suzukamo, Chiba, & Izumi, 2008; Parikh & Cole, 2012), mas poucos trabalhos utilizaram o HPT-9.

Para realizar uma intervenção e/ou avaliação eficaz da habilidade manual fina é preciso ter conhecimento acerca dos instrumentos que identifiquem declínios nessa função, e que sejam acessíveis, rápidos e econômicos, para colocar à disposição dos profissionais das áreas de geriatria e gerontologia. Tal atitude pode reduzir os riscos de perda da independência funcional, devido ao fato de que a destreza está relacionada a uma série de AVDs (Kornatz et al., 2005).

De acordo com o referido anteriormente, o objetivo do presente estudo foi avaliar a habilidade manual fina em idosos ativos, com capacidade cognitiva preservada, utilizando o instrumento *Nine Hole Peg Test*, e verificar a existência da relação entre a habilidade manual com o avançar da idade, a escolaridade e o gênero.

Método

O estudo apresentou natureza descritiva e correlacional, com abordagem quantitativa e delineamento transversal. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o parecer 238.469/2013.

Participantes

Os participantes que compuseram a pesquisa, de forma voluntária, eram idosos frequentadores do Centro de Convivência Dona Itália Franco e do Polo de Enriquecimento Cultural para Terceira Idade, ambos da cidade de Juiz de Fora – MG. A seleção dos participantes ocorreu por meio da técnica de amostragem aleatória simples, realizada com base no cadastro inicial dos idosos que frequentam os locais.

Os critérios de inclusão adotados foram: apresentar idade igual ou superior a 60 anos; não ter disfunção neuromuscular autoreferida que pudesse prejudicar na execução do teste; não apresentar declínio da função cognitiva avaliada pelo MEEM, frequentar por tempo mínimo de 6 (seis) meses os locais onde foi realizado o

estudo. Os critérios de exclusão foram: apresentar nota inferior a 19 (idosos analfabetos) e 23 (idosos alfabetizados) no MEEM e não residir na cidade de Juiz de Fora (Almeida, 1998).

Os participantes foram informados do propósito do estudo e de todos os processos aos quais seriam submetidos. Após todos os esclarecimentos, foi solicitado que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido.

Após avaliar os critérios supracitados, o estudo apresentou uma amostra com 97 idosos com idade variando entre 60 a 92 anos, com média de 72,35 anos ($DP = 2,57$). Destes, 77 eram frequentadores do Centro de Convivência Dona Itália Franco e 20 eram do Polo de Enriquecimento Cultural para a Terceira idade. Os participantes foram subdivididos em três grupos, tendo o critério de divisão suas idades. O grupo I correspondeu aos idosos que possuem idade entre 60 a 69 anos (GI, $n = 42$), o grupo II correspondeu aos que apresentam idade entre 70 a 79 anos (GII, $n = 40$) e o grupo III aqueles com idade igual e acima de 80 anos (GIII, $n = 15$).

Procedimentos e instrumentos

Iniciou-se os procedimentos com o MEEM para avaliar a capacidade cognitiva dos idosos. Esse instrumento é composto por 10 questões com escore variando de 0 (zero) a 30 pontos (Bertolucci, Brucki, Campacci, & Juliano, 1994; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). De acordo com Almeida, (1998) o escore sofre influência significativa da escolaridade do indivíduo, devido a isso o ponto de corte utilizado foi de 19 para participantes não escolarizados e 23 para os escolarizados. Após obtenção do resultado, o qual definia a capacidade cognitiva do idoso, prosseguia-se com o preenchimento dos dados sociodemográficos e a aplicação do HPT-9.

O questionário sociodemográfico foi composto por dados que abordam a idade, o gênero e o nível educacional. Este último foi obtido mediante aplicação do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Pereira, Graup, Lopes, Borgatto, & Daronco, 2009). O nível educacional é um subitem do CCEB, obtido por meio da seguinte pergunta: Qual foi a escolaridade máxima que o (a) senhor (a) estudou? Foi apresentada como opção de resposta a seguinte nomenclatura: 1. Analfabeto/ Primário incompleto; 2. Primário completo/ Ginásial incompleto; 3. Ginásial completo/

Colegial incompleto; 4. Colegial completo/ Superior incompleto e 5. Superior completo.

O HPT-9 é um instrumento utilizado para avaliar a habilidade manual fina, composto por nove pinos (9 mm de diâmetro e 32 mm de comprimento) que são colocados em uma prancha de madeira (100mm x 100mm x 20 mm), a qual contém nove orifícios (10 mm de diâmetro e 15 mm de profundidade) (Mathiowetz et al., 1985; Tilbery et al., 2005). O procedimento para a execução do teste segue a seguinte ordem: o participante sentava-se à frente do pesquisador, ambos de frente em uma mesa. Primeiramente, era solicitado ao participante executar as etapas do HPT-9, as quais consistiam em preencher os orifícios da prancha de madeira com os pinos, um a um, e, em seguida, retirá-los, um a um, o mais rápido possível. Este procedimento foi realizado duas vezes consecutivas com a mão dominante, seguido, imediatamente, de forma idêntica, com a mão não dominante. Um cronômetro foi utilizado para medir o tempo despendido, expresso em décimos de segundos, sendo que o tempo máximo permitido por teste foi de 300 segundos. O escore foi dado pela média das quatro tentativas (Rodrigues, Ferreira, & Haase, 2008).

Análise Estatística

Medidas de frequência absoluta e relativa foram utilizadas para descrever a amostra segundo as modalidades de gênero e nível educacional. Foi utilizada a estatística descritiva (média e desvio padrão) para as variáveis idade e habilidade manual. Para os pressupostos de normalidade e homogeneidade de variância foram utilizados os testes de *Shapiro-Wilk* e *Levene*, respectivamente. Como a distribuição normal dos dados não foi violada optou-se pelo teste *One-Way Anova* para fazer a comparação entre grupos. Devido a não uniformidade de participantes em cada grupo, optou-se pelo *post hoc* de *Hochberg's GT2* (Howell, 2010). O teste de *Spearman's rho* foi utilizado para correlacionar a habilidade manual com o nível educacional e o gênero, quanto a idade, foi realizado o teste de Pearson para correlacionar com a habilidade manual.

Para avaliar a influência de variáveis sociodemográficas, idade e escolaridade, sobre a habilidade manual, adotou-se como parâmetro o passo a passo da análise de regressão linear múltipla (*stepwise*). Para esta análise, a idade e a escolaridade foram utilizadas como variáveis independentes e a habilidade

manual como variável dependente. Todos os dados foram tratados no SPSS versão 20.0, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Resultados

A tabela 1 descreve a amostra de acordo com a idade, o gênero e a escolaridade, por meio de média, desvio-padrão, frequência absoluta e relativa. Participaram do estudo 97 idosos, com idade média de 72,35 anos ($DP = 2,57$), sendo a maioria do gênero feminino e com escolaridade até o primário completo ou ginásial incompleto.

Tabela 1

Características da amostra quanto à idade, gênero e nível educacional.

Características	Valores
Idade (anos)	Média, DP
Grupo I	65,73 $\pm$ 2,56
Grupo II	74,36 $\pm$ 2,95
Grupo III	84,40 $\pm$ 3,79
Gêneros	%, (n)
Feminino	91,75 (89)
Masculino	8,25 (8)
Nível educacional	%, (n)
Analfabeto/ Primário incompleto	16,5 (16)
Primário completo/ Ginásial incompleto	45,4 (44)
Ginásial completo/ Colegial incompleto	14,4 (14)
Colegial completo/ Superior incompleto	19,6 (19)
Superior completo	4,1 (4)

Nota. DP = Desvio Padrão; % = porcentagem; n = quantidade de idosos.

Foram encontradas diferenças entre grupos etários quanto à habilidade manual. Comparações realizadas a posteriori entre pares de médias, recorrendo ao teste *Post hoc de Hochberg Gt2*, revelaram que o Grupo I apresentou um desempenho melhor que o Grupo II ($p < 0,05$) e que o Grupo III ($p < 0,05$). O Grupo II obteve melhor desempenho que o Grupo III ($p < 0,01$), mostrando que a execução no teste de habilidade manual foi diferente nos três grupos estudados e o tempo despedido foi maior com o avançar da idade. Esses resultados podem ser observados na Tabela 2 e na Figura 1.

Tabela 2.
Média, desvio padrão e análise de variância da habilidade manual.

	Grupo I (n= 40)		Grupo II (n=42)		Grupo III (n=15)		$F_{2,94}$	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Habilidade manual (segundos)	21,40	± 2,49	24,25	± 3,75	30,15	± 3,90	38,20	< 0,001*

Nota. * $p < 0,05$.

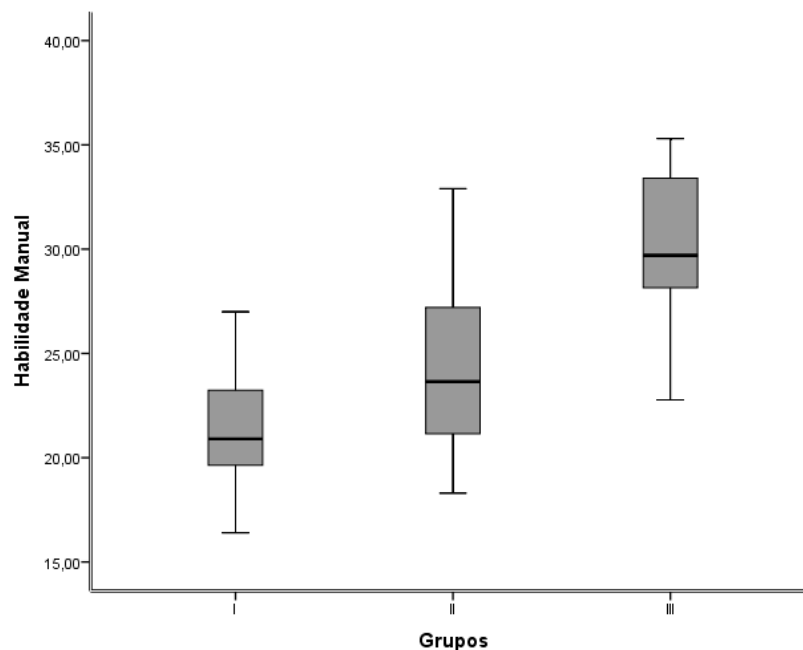


Figura 1. Diferenças entre grupos por meio dos escores da habilidade manual, indicando melhor desempenho no grupo I. $p < 0,05$ entre grupos (*One-Way Anova e Hochbeg GH2*).

A amostra do estudo não apresentou relação entre gênero e habilidade manual ($r = 0,021$, $p = 0,84$), ao passo que a escolaridade apresentou uma fraca correlação negativa ($r = -0,247$, $p = 0,017$) e a idade uma boa correlação ($r = 0,682$, $p < 0,001$) com a habilidade manual. A tabela 3 apresenta uma análise de regressão múltipla, mostrando que a idade tem maior influência sobre a habilidade manual quando comparada com escolaridade.

Tabela 3.

Regressão linear múltipla utilizando a idade e a escolaridade como variáveis explicativas sobre a habilidade manual.

Variável	R	R ²	R ² ajustado	p
Idade	0,682	0,465	0,459	< 0,001
Escolaridade	0,247	0,060	0,050	0,015

Discussão

O presente estudo buscou avaliar a habilidade manual fina em idosos e correlacioná-la com o gênero, a idade e a escolaridade. Com base nos resultados encontrados, a habilidade manual não se diferencia relativamente em função dos gêneros masculino e feminino. Uma das justificativas pode ser a feminilização da amostra, pelo maior número de mulheres em relação aos homens em idades mais avançadas (Carvalho & Madruga, 2011; Nicodemo & Godoi, 2010). Esse aspecto pode ter sido fortalecido devido ao local onde a pesquisa foi realizada, pois a maioria dos frequentadores destas instituições são mulheres.

Segundo o estudo de Carvalho e Madruga (2011), essa tendência pode ser explicada pela preferência dos homens em realizar atividades em locais com estrutura aberta e sem uma supervisão profissional, fato esse que ocorre em um Centro de Convivência. Resultado semelhante para apoiar o encontrado neste estudo, foi observado na pesquisa de Hackel et al., (1992) a qual obteve não revelou alguma diferença relativa entre os gêneros masculino e feminino ao realizar o teste para avaliar a habilidade manual.

O estudo de Michimata et al., (2008) não observou diferença nos gêneros em pessoas acima dos 50 anos, somente em indivíduos mais jovens, prevaleceu o sexo feminino com maior desempenho. Contudo, alguns estudos observaram que as mulheres, mesmo em idades mais avançadas, obtiveram desempenhos superiores em testes que avaliam a habilidade manual (Desrosiers, Hébert, Bravo, & Rochette, 1999; Hackel et al., 1992; Van Heuvelen, Kempen, Ormel, & Rispen, 1998). Segundo Pinto, (2003) o sexo feminino tende a apresentar uma destreza manual fina superior a dos homens, uma vez que a mulher está naturalmente mais inserida em tarefas que requerem motricidade fina e minuciosidade de movimentos.

No que concerne aos resultados encontrados, ficou evidente que o aumento do tempo despendido em realizar o teste que avalia a habilidade manual é atribuído à idade, sendo esta considerada um fator preponderante no declínio dessa função.

Resultados semelhantes foram observados no estudo de Grice et al., (2003), os quais realizaram uma pesquisa com indivíduos de vários agrupamentos de idade e o grupo com idade mais avançada (71 anos ou mais), apresentou o pior desempenho ao realizar o *Nine Hole Peg Test*, o mesmo instrumento aplicado na pesquisa atual. Estes resultados também foram compatíveis com o estudo de Michimata et al., (2008), que utilizaram o Teste de Função Manual, e com a pesquisa de Desrosiers, Hébert, Bravo, e Dutil, (1995) que aplicaram o *Purdue Pegboard Test*. Além destes estudos, vários outros mostraram em seus resultados uma lentidão ao realizar tarefas que exigem controle de movimentos finos com o avançar da idade (Grice et al., 2003; Hackel et al., 1992; Mathiowetz et al., 1985; Michimata et al., 2008; Rodrigues et al., 2008; Tilbery et al., 2005).

Em consonância com os resultados encontrados, o estudo de Desrosiers et al., (1999) efetuou uma pesquisa em 247 idosos divididos em três grupos de idade, 63 a 69 anos, 70 a 79 anos e mais de 80 anos, e averiguou o declínio da destreza manual com o avançar da idade. Esses achados podem ser explicados pela forte relação da habilidade manual com o funcionamento do córtex cerebral (Latash, Turvey, & Bernshteïn, 1996).

Segundo a hipótese retrogênica, a última região a completar sua maturação, o lobo frontal, sofre declínio com o avançar da idade, cuja função está engajada nos processos elaborativos do movimento (Tamnes et al., 2013). O estudo de Brickman et al., (2012) observou o padrão retrogênico por meio da imagem por ressonância magnética tensor de difusão em indivíduos saudáveis, sendo observado que ocorre redução das fibras de substância branca durante o envelhecimento normal. Essa redução segue um trajeto dos córtices cerebrais anteriores aos posteriores, como foi observado no estudo de Lemaitre et al., (2012).

Além dessas alterações, foi observado que mudanças cerebrais, geralmente, iniciam-se aos 30 anos de idade de forma modesta, aumentando gradualmente com o avançar da idade. Essas alterações são devidas à perda de neurônios, a qual acarreta perda de peso cerebral, e com progresso mais intenso no córtex frontal, responsável pelo funcionamento cognitivo de alto nível e pela organização dos movimentos (West, 1996; Wickelgren, 1996).

As mudanças no cérebro variam consideravelmente de pessoa para pessoa (Selkoe, 1991, 1992). Imagens de ressonância magnética indicam que atrofia cerebral ocorre com mais rapidez em pessoas com menor nível de instrução (Coffey, Saxton, Ratcliff, Bryan, & Lucke, 1999). Essa descoberta é compatível com a hipótese de que a educação pode aumentar a capacidade de reserva do cérebro, ou seja, sua capacidade de resistir aos efeitos deletérios que acompanham o processo de envelhecimento (Friedland, 1993; Satz, 1993).

Essas informações corroboram o encontrado na pesquisa atual quanto ao nível educacional, o qual pode ser considerado um fator protetivo contra as perdas neurais na região anterior do cérebro. Foi observado por meio desta pesquisa, que o nível educacional obteve uma relação negativa com a perda da habilidade manual, demonstrando dessa forma, que quanto maior a escolaridade do idoso menor foi a perda da habilidade manual.

É importante frisar que nem todas as mudanças cerebrais são destrutivas, sendo que algumas intensificam o funcionamento cerebral, por meio de crescimento de dendritos adicionais entre a meia-idade e o início da terceira idade. Esse fenômeno pode ajudar a compensar as eventuais perdas ou reduções de neurônios, estabelecendo novas conexões entre as células nervosas (Elewa, Abdallah, Youssef, & Zouboulis, 2012; Nelson, Karelus, Bergman, & Felicio, 1995; Papalia et al., 2006; Selkoe, 1992).

Recentemente, pesquisadores descobriram que os cérebros de pessoas idosas são capazes de originar novas células nervosas, algo considerado anteriormente como impossível (Papalia et al., 2006). Por se tratar de um órgão dinâmico, o cérebro é dotado de características plásticas, que são as modificações decorrentes de novas exigências ambientais (Haase et al., 2004; Yang, Huang, & Hsu, 2004).

Embora haja conhecimento de que a capacidade neuroplástica possui seu ápice no início da ontogênese e decresce com o envelhecimento, principalmente a partir dos 75 anos, estudos têm demonstrado que a plasticidade cerebral ocorre tanto em crianças quanto em adultos e idosos (Guedes, Galvis-Alonso, & Leite, 2006; Yang et al., 2004).

Conclusões

Os resultados desta pesquisa permitem concluir que a habilidade manual sofre declínio com o avançar da idade e que não há influência de gênero para este declínio. O nível educacional afeta, de forma positiva, a habilidade manual, demonstrando que, quanto maior o nível educacional, menor será a perda da destreza manual. Além desses resultados, podemos reconhecer a importância da utilização do teste empregado neste estudo, principalmente para os profissionais que trabalham com a habilidade manual, pois tal instrumento permite uma avaliação rápida e eficaz.

Sugere-se que pesquisas futuras utilizem o *Nine Hole Peg Test* em outros grupos de idosos para que possam ser estabelecidos valores normativos do declínio da habilidade manual. Além disso, é importante realizar estudos utilizando o mesmo instrumento em diversos ambientes / locais para que se possa detectar a influência do ambiente que o idoso frequenta sobre sua capacidade motora, sendo esta uma limitação desta pesquisa.

O segundo objetivo abordou os aspectos da mobilidade corporal e da satisfação com a vida em idosos ativos.

5.2 ARTIGO 2

Mobilidade corporal e satisfação com a vida em idosos ativos

Resumo:

O propósito deste estudo foi analisar a mobilidade corporal, importante componente da capacidade funcional, a satisfação com a vida em idosos e, posteriormente, realizar uma associação destes aspectos com as características sociodemográficas, idade, escolaridade, classe econômica e estado civil. Foram avaliados 97 idosos com idade entre 60 a 92 anos. A mobilidade corporal foi avaliada pelo *Timed up and go test* e a satisfação pelo Índice de satisfação com a vida para a terceira idade, sendo este último avaliado em seus cinco domínios específicos. Não houve diferença entre os domínios da satisfação com a vida em função da idade, da escolaridade, da classe econômica e do estado civil, enquanto a mobilidade sofreu alteração somente em função da idade, com declínio observado apenas nos idosos mais velhos. Os idosos avaliados apresentaram valores elevados em todos os cinco domínios do questionário de satisfação, demonstrando a existência de satisfação com a vida em todos os indivíduos.

Palavras-chave: satisfação com a vida, atividade física, envelhecimento e estilo de vida

Introdução

A população idosa mundial vem aumentando de forma acelerada. Estima-se que, em 2025, entre os dez países com maiores números de idosos, cinco serão países em desenvolvimento. Nesta classificação, incluir-se-á o Brasil, ocupando a 6ª posição no mundo, com 32 milhões de pessoas idosas. Segundo tais projeções torna-se urgente a necessidade de investigações que contribuam para melhoria e/ou manutenção da saúde e da capacidade funcional destes idosos (Júnior, Campos, &

Tavares, 2005; Lima-Costa, Barreto, Giatti, & Uchôa, 2003; OMS, 2005). Atualmente, há no Brasil uma população em torno de 14,6 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, 8,56 % da população total do país. Na cidade de Juiz de Fora, MG, local de realização desta pesquisa, encontram-se 48.126 pessoas com idade igual ou acima de 60 anos, equivalente a 9,37% da população juiz forana (IBGE, 2010).

Diante do exposto, pesquisas no âmbito da saúde, da capacidade funcional e da satisfação com a vida, durante o processo de envelhecimento, vêm aumentando em decorrência dessas mudanças demográficas (Fernandes, Vasconcelos-Raposo, Pereira, Ramalho, & Oliveira, 2009; Mollaoğlu, Tuncay, & Fertelli, 2010; Porto, Guedes, Fernandes, & Reichert, 2012). Um dos aspectos importantes que mais vêm sendo discutido pelos estudiosos especializados, é que esta fase da vida precisa ser alcançada de forma satisfatória sem que se façam presentes os processos deletérios de ordem orgânica ou psicológica (Chang & Yen, 2011; Joia, Ruiz, & Donalisio, 2007; Lima-Costa, Barreto, & Giatti, 2003).

Contudo, com a chegada da velhice, as alterações anatômicas e fisiológicas manifestam-se: a pele resseca tornando-se mais quebradiça e pálida; os cabelos embranquecem e caem com maior frequência e facilidade; o tônus muscular enfraquece com redução de fibras contráteis e redução da constituição óssea; as articulações tornam-se mais endurecidas, reduzindo assim a mobilidade e produzindo alterações no equilíbrio e na marcha; o pulso, o ritmo respiratório, a digestão e a assimilação dos alimentos ficam mais lentos (Lopes, 2000; Papalia et al., 2006).

É importante salientar que devido às influências multifatoriais do envelhecimento, alterações nos reflexos de proteção e no controle do equilíbrio podem prejudicar a mobilidade corporal (Lopes, 2000; Papalia et al., 2006). Esta que é responsável pela movimentação de estruturas corporais, as quais são requeridas para executar AVDs, além de propiciar uma vida independente e autônoma (Avlund et al., 2003; Gill, Guo, & Allore, 2006; Guralnik, Fried, & Salive, 1996; Mackenbach, Borsboom, Nusselder, Looman, & Schrijvers, 2001).

Na maioria das vezes, os estudos realizados com idosos abordam temas relacionados ao adoecimento e às limitações trazidas pela idade. Diferentemente dessa perspectiva, esta pesquisa procura abordar temáticas relacionadas aos aspectos positivos, como a manutenção da mobilidade corporal, a satisfação com a vida e um envelhecimento ativo e saudável.

Uma das correntes nesta área é a teoria do Ciclo de Vida (*lifespan*) que defende a continuidade do desenvolvimento para além da adolescência e da ontogênese, como um processo contínuo, dinâmico, multidirecional e multidimensional, resultante da ação das influências recíprocas entre fatores biológicos, psicológicos e sociais ao longo do tempo (Baltes & Smith, 2009; Fonseca, 2007). O fundador dessa teoria foi o psicólogo alemão Paul Baltes, nome de relevância no estudo do envelhecimento. Sua teoria aborda que para alcançar uma adaptação bem-sucedida, entre o organismo e o ambiente, é preciso obter um equilíbrio entre os ganhos e perdas inerentes do envelhecimento (Baltes & Smith, 2009).

Embora na velhice, as perdas tendam superar os ganhos, esta dinâmica pode ser atenuada e desta forma, ocorrer um envelhecimento bem-sucedido (Neri, 2006). Um dos condicionantes para alcançar esse padrão de envelhecimento é a manutenção do bem-estar subjetivo (Diener, 2012), um constructo que integra a satisfação com a vida como seu componente cognitivo.

A satisfação com a vida é uma avaliação subjetiva que o indivíduo realiza sobre a sua vida, comparando circunstâncias reais com aquelas incluídas num modelo de vida que é o padrão almejado por ele (Diener, Oishi, & Lucas, 2003). Esse constructo pode ser julgado pela pessoa de uma forma global ou por meio de domínios específicos da vida. A primeira consiste no julgamento cognitivo do indivíduo, que apesar de ser influenciada pelo afeto (positivo ou negativo) não é, em si, uma medida direta de emoção, mas sim, de situações em que as pessoas realizam um julgamento geral de sua vida, ponderando as metas desejadas e as alcançadas (Diener, et al., 1999; Ferreira, 2012).

À satisfação referente aos domínios específicos, aborda diferentes categorias na vida do indivíduo: otimismo, que avalia o entusiasmo de respostas e o grau de envolvimento em atividades da vida em geral; resolução e força, que avalia a aceitação do indivíduo sobre a responsabilidade pessoal de sua vida e da capacidade de aceitá-la como inevitável e significativa; congruência entre objetivos esperados e alcançados, que avalia a extensão na qual o indivíduo sente que alcançou seus objetivos na vida, sejam eles quais forem; autoconceito positivo, que avalia o autoconceito do indivíduo em todas as dimensões: físicas, psíquicas e sociais; e, por fim, o humor, que indica alta avaliação para indivíduos que expressam atitudes de alegria, otimismo e humor, que usa de forma espontânea um estado

afetivo para as pessoas e coisas, que tem e expressa prazer pelas coisas da vida (Barrett & Murk, 2006; Ferreira, 2012). Estes aspectos específicos revelam que os indivíduos possuem expectativas para o futuro, apresentam autoimagem positiva e ainda mantêm uma atitude otimista da vida (Enkvist, Ekström, & Elmståhl, 2012).

Uma vasta quantidade de estudos avalia as relações entre a satisfação com a vida de forma global com dados sociodemográficos, tais como idade, nível de renda, classe social, escolaridade, etnia, nacionalidade, gênero e saúde (Abu-Bader, Rogers, & Barusch, 2003; Angelini et al., 2012; Baird, Lucas, & Donnellan, 2010; Gwozdz & Sousa-Poza, 2010). Porém, há uma escassez de estudos que abordem os domínios específicos da satisfação com a vida na terceira idade, predominando sempre uma visão global da mesma. Uma pesquisa multidimensional que abrangesse os domínios seria inovadora entre os estudos que abarcam esse constructo, pois a avaliação, separadamente de cada domínio, pode apresentar intensidades diferentes que possam indicar preditores necessários para a compreensão das relações com outras variáveis.

Abordaremos neste artigo alguns dos aspectos intervenientes da função motora e psicológica de pessoas da terceira idade, a fim de que possa-se refletir acerca das práticas realizadas em locais que procuram promover um envelhecimento mais saudável. Assim, o presente estudo objetiva avaliar a mobilidade corporal e os domínios da satisfação com vida em idosos e analisar o relacionamento de ambos com as variáveis sociodemográficas.

Metodologia

Participantes

Os participantes do estudo foram recrutados do Centro de Convivência Dona Itália Franco e do Polo de Enriquecimento Cultural para a Terceira Idade, ambos da cidade de Juiz de Fora, MG. Os critérios de inclusão adotados para a seleção enquadravam uma boa capacidade cognitiva avaliada pelo MEEM; ser independente em atividades diárias averiguadas pelo Índice de Barthel; não apresentar problemas de saúde neuromusculares e neurológicos autoreferidos que possam afetar na realização dos testes; frequentar por tempo mínimo de 6 meses as atividades de dança e ginástica do Centro de Convivência Dona Itália Franco e as aulas de pilates,

yoga e dança do Polo de Enriquecimento Cultural; ter idade igual ou superior a 60 anos e aceitar participar da pesquisa de forma voluntária.

Para selecionar os idosos, foi adotada a técnica de amostragem aleatória simples por meio dos cadastros dos idosos nas instituições. Após seguir os critérios supracitados, foram avaliados 97 idosos, de ambos os sexos, com idade variando de 60 a 92 anos, com média de idade de 72,35 (DP = $\pm 2,57$).

Instrumentos

Foram utilizados 5 (cinco) instrumentos para realização desta pesquisa. Para caracterizar a amostra foi aplicado o MEEM e o Índice de Barthel.

Capacidade cognitiva

O MEEM foi desenvolvido por Folstein, Folstein, e McHugh, (1975) e adaptado para a língua portuguesa (Brasil) por Bertolucci, Brucki, Campacci, e Juliano, (1994) para avaliar a capacidade cognitiva. Fornece informações acerca de diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do teste pode variar de zero até o máximo de 30 pontos (Folstein et al., 1975). De acordo com Almeida, (1998) os escores sofrem influência significativa da escolaridade do indivíduo. Para sujeitos sem escolaridade o ponto de corte sugerido foi de 19 e para os escolarizados foi de 23. Pontuações abaixo desses valores significam presença de *déficit* cognitivo e acima mostram que os idosos estão com a capacidade cognitiva preservada. A pesquisa em questão adotou esses valores como critério de inclusão para composição da amostra.

Avaliação das AVDs

O Índice de Barthel é um instrumento amplamente usado no mundo para avaliar a independência funcional por meio de 10 AVDs: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso dos sanitários, transferência cadeira-cama, caminhar e subir/descer escadas. Cada item é pontuado de acordo com o desempenho do participante ao realizar tarefas de

forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. A pontuação varia de 0 a 100 em intervalos de cinco pontos, sendo que as mais elevadas indicam maior independência. As pontuações são classificadas da seguinte forma: menor que 20 (total dependência); entre 20 a 35 (dependência grave); entre 40 a 55 (dependência moderada); entre 60 a 90 (dependência leve) e 95 a 100 (independência) (Sainsbury, Seebass, Bansal, & Young, 2005). Os idosos que apresentaram pontuação igual ou inferior a 90 foram excluídos do estudo. O instrumento utilizado foi a versão validada para o português (Brasil) por Minosso, Amendola, Alvarenga, e Oliveira, (2010).

Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi composto por dados que abordam a idade, o sexo, as atividades praticadas nos locais estudados, o nível educacional e o econômico. Estes dois últimos foram obtidos mediante aplicação do CCEB, questionário desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Pereira et al., 2009). O questionário é composto por 10 questões contendo a posse de itens e o grau de instrução da pessoa. O nível econômico é pontuado de 0 a 46, os quais são segmentados por pontos de corte em relação à classe econômica: A1 – de 42 a 46 pontos; A2 – de 35 a 41; B1 – de 29 a 34; B2 – de 23 a 28 ; C1 – de 18 a 22; C2 – de 14 a 17; D – de 8 a 13; E – de 0 a 7, em ordem decrescente de nível econômico.

O nível educacional, um subitem do CCEB, foi obtido por meio da seguinte pergunta: Qual foi a escolaridade máxima que o (a) senhor (a) estudou? Foi apresentada como opção de resposta a seguinte nomenclatura:

1. Analfabeto/ Primário incompleto = analfabeto até a 3ª série.
2. Primário completo/ Ginásial incompleto = da 4ª até a 7ª série.
3. Ginásial completo/ Colegial incompleto = da 8ª até ensino médio incompleto
4. Colegial completo/ Superior incompleto = ensino médio até ensino superior incompleto.
5. Superior completo.

A escolaridade foi numerada para facilitar a análise dos dados.

Mobilidade corporal

O *Timed up and go test* foi proposto por Podsiadlo e Richardson, (1991) com o intuito de avaliar a mobilidade corporal (velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico). O procedimento para executar o teste seguiu as seguintes normas: a cadeira foi apoiada em uma parede, três metros à frente da mesma foi colocada uma fita adesiva vermelha para indicar ao indivíduo o ponto de transição entre a marcha e o giro de 180°.

O idoso foi solicitado a se levantar da cadeira sem o apoio das mãos, caminhar por 3 metros até a faixa vermelha, girar 180° e retornar até a cadeira, sentando-se nela novamente sem o apoio das mãos. Esse procedimento foi realizado três vezes, sendo que a primeira teve o intuito de que o participante familiarizasse com o teste, as outras duas tentativas foram computadas para a pontuação final. O escore foi pontuado de acordo com o menor tempo despendido ao realizar o teste, o qual é classificado em quatro faixas: I (tempo menor que 10 segundos, mobilidade normal); II (entre 10 a 20 segundos, apresenta pequenas limitações); III (entre 21 a 40, a pessoa necessita de assistência) e IV (maior que 40 a pessoa está propensa a quedas) (Wall, Bell, Campbell, & Davis, 2000). Para a execução do teste um avaliador acompanhou o idoso para lhe assegurar o apoio necessário.

Satisfação com a vida

A escala utilizada do índice de satisfação com a vida para a terceira idade foi validada por Ferreira (2012), com 23 questões em escala Likert de 6 pontos, 1 (discordo totalmente) a 6 (concordo totalmente), com consistência interna de 0,83. Calculou-se o alfa de Cronbach para a presente amostra e identificou-se o valor de 0,83.

O questionário possui 5 (cinco) domínios, que são agrupados por meio de escores médio: (1) Otimismo com consistência interna (α) de 0,70; (2) Resolução e força ($\alpha = 0,65$); (3) Congruência entre objetivos esperados e alcançados ($\alpha = 0,63$); (4) Autoconceito positivo ($\alpha = 0,47$) e (5) Humor ($\alpha = 0,74$). Quanto maior a pontuação, maior é a satisfação no domínio específico.

Procedimentos

A realização desta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o parecer 238.469/2013. Previamente à aplicação dos instrumentos, os idosos foram informados do propósito do estudo e aos que aceitaram participar foi solicitado a assinar o TCLE, o qual também assegurava o sigilo de suas identidades.

O estudo foi realizado em salas disponibilizadas pelas instituições, a aplicação dos instrumentos foi realizada individualmente com duração média de 1 (uma) hora. Ao final de cada entrevista foi entregue aos participantes um relatório com os resultados finais do questionário.

Análise dos dados

As variáveis do estudo apresentaram distribuição normal de acordo com o teste de *Shapiro-wilk* e homogeneidade de variância por meio do teste de *Levene*, ambos com o nível de significância de 5%. As variáveis categóricas (nível educacional, gênero, classe econômica e estado civil) foram analisadas usando a frequência absoluta, frequência relativa e o teste do Qui-quadrado (χ^2).

O teste de *One Way Anova* foi utilizado para comparar a mobilidade corporal e os domínios da satisfação com a vida entre os grupos de idosos em função da idade, da escolaridade, da classe econômica e do estado civil. Em função da idade, os idosos foram divididos em três grupos de acordo com a faixa etária: Grupo I (60 a 69 anos), Grupo II (70 a 79 anos) e Grupo III (idade igual ou maior a 80 anos); em função da escolaridade, os participantes foram agregados em três grupos de acordo com a classificação da escolaridade: Grupo I (1 + 2), Grupo II (3) e Grupo III (4 + 5); em função da classe econômica os idosos foram agregados em três grupos: Grupo I (classe A + classe B), Grupo II (classe C) e Grupo III (classe D + classe E) e em função do estado civil: Grupo I (casados(as), Grupo II (viúvos (as)) e Grupo III (separados (as)).

Para identificar as diferenças entre grupos, utilizou-se o *post hoc* de *Hochberg's GT2* em ambos os testes, pois cada grupo apresentou uma quantidade diferente de participantes (Howell, 2010). Para descrever a satisfação com a vida na amostra estudada foi utilizada a estatística descritiva de frequências por meio dos quartis de cada domínio. Todas as análises estatísticas foram realizadas usando o *SPSS*, versão 20.0, com nível de significância de 5%.

Resultados

Foram avaliados 113 idosos durante a realização da coleta de dados, sendo que 16 foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão do estudo. As características gerais dos participantes a respeito da escolaridade, da classe econômica e do estado civil estão apresentadas na tabela 4. A idade média dos 97 idosos foi de 72,35 anos ($\pm 2,57$), dos participantes 89 (91,8%) são do sexo feminino.

Tabela 4.
Características dos participantes em termos de escolaridade, classificação econômica e estado civil.

	Participantes (n=97)		χ^2	p
	N	%		
Escolaridade				
1	60	61,2	36,7	< 0,001
2	14	14,3		
3	23	23,5		
Classificação econômica				
A + B (Grupo I)	20	20,4	13,8	0,001
C (Grupo II)	49	50,0		
D + E (Grupo III)	28	28,6		
Estado civil				
Casado (a)	39	40,2	14,74	< 0,001
Viúvo (a)	41	42,3		
Divorciado (a)	13	13,4		

Nota. valores de p são para demonstrar as diferenças estatísticas entre as frequências observadas e esperadas de cada variável.

As características dos domínios da satisfação com a vida e da mobilidade corporal em função da idade estão dispostos na tabela 5. O Grupo I apresentou idade média de 65,73 anos ($\pm 2,56$), o Grupo II 74,36 anos ($\pm 2,95$) e o Grupo III 84,40 anos ($\pm 3,79$). Não houve diferença estatística entre os três grupos de idosos acerca dos escores médios dos cinco domínios da satisfação com a vida. A mobilidade corpora apresentou diferença entre os grupos I e III ($p < 0,001$) e entre os Grupos II e III ($p = 0,003$), não sendo observada diferença entre os Grupos I e II ($p =$

0,191), como pode ser observado na figura 2. Nenhum participante despendeu mais que 20 segundos para realizar o teste de mobilidade corporal, variando de 4,4 a 15,2 segundos, mostrando que nenhum idoso alcançou o nível de classificação III e IV do *Timed up and go test*.

Tabela 5.

Média, desvio padrão e análise da One Way Anova para os domínios da satisfação com a vida em função da idade.

	Grupo I (n=40)		Grupo II (n=42)		Grupo III (n=15)		F _{2,94}	p
	Média	DV	Média	DV	Média	DV		
D1	4,91	0,8	4,51	1,1	4,82	0,7	1,90	0,15
D2	4,49	0,9	4,22	1,0	4,31	0,8	0,80	0,45
D3	4,31	0,9	4,10	1,2	4,84	0,6	2,65	0,07
D4	4,88	0,9	4,94	0,8	4,62	1,0	0,66	0,51
D5	4,41	1,04	3,94	1,21	4,15	1,13	1,77	0,17
MC	7,26	1,2	7,91	1,5	9,51	2,31	11,04	<0,001*

Nota. * $p < 0,05$ (o teste de One Way Anova mostrou diferença significativa entre grupos);

D1= Domínio 1: Otimismo; D2 = Domínio 2: Resolução e força; D3 = Domínio 3: Congruência entre objetivos esperados e alcançados; D4 = Domínio 4: Autoconceito positivo; D5 = Domínio 5: Humor; MC = Mobilidade Corporal; DV = Desvio Padrão.

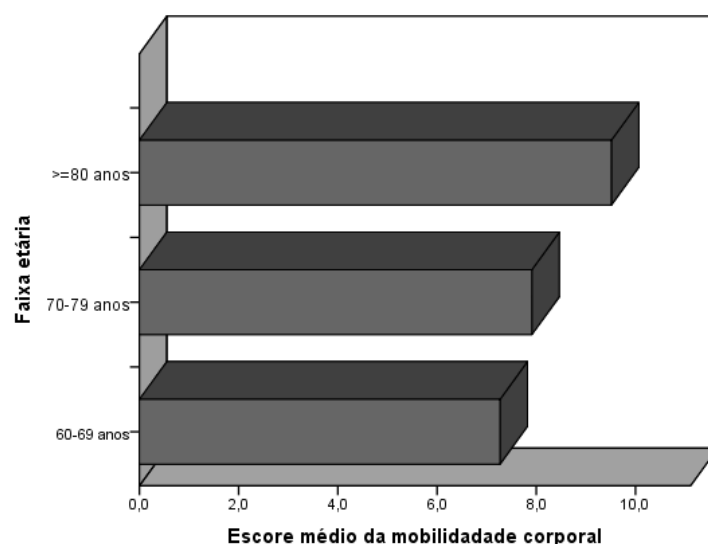


Figura 2: Escores médios da mobilidade corporal entre os grupos de idosos. $p < 0,05$ entre grupos (teste *post hoc* de Hochberg GH2).

Foi observado que os domínios da satisfação com a vida e a mobilidade corporal não apresentaram diferenças significativas quanto à escolaridade, à

classificação econômica e o estado civil dos participantes, como demonstrado na tabela 6.

Tabela 6

Média, desvio padrão e análise de One Way Anova dos domínios da satisfação com a vida e da mobilidade corporal em função da escolaridade, da classe econômica e do estado civil.

Escolaridade								
	Grupo I (n=60)		Grupo II (n=14)		Grupo III (n=23)		F _{2,94}	p
	Média	DV	Média	DV	Média	DV		
D1	4,70	0,96	4,71	1,06	4,81	0,91	0,11	0,89
D2	4,36	0,98	4,40	1,09	4,27	0,98	0,86	0,91
D3	4,38	0,98	3,74	1,66	4,41	0,83	2,22	0,11
D4	4,91	0,84	4,85	1,08	4,76	1,06	0,19	0,82
D5	4,30	1,21	3,76	0,79	4,05	1,07	1,44	0,24
MC	8,04	1,89	8,26	1,39	7,27	1,36	2,03	0,13
Classe econômica								
	Grupo I (n=20)		Grupo II (n=49)		Grupo III (n=28)		F _{2,94}	p
	Média	DV	Média	DV	Média	DV		
D1	4,93	0,94	4,61	0,93	4,74	1,02	0,80	0,45
D2	4,30	1,05	4,51	0,95	4,09	0,98	1,66	0,19
D3	4,49	0,80	4,34	1,11	4,08	1,20	0,89	0,41
D4	4,61	0,82	4,94	0,96	4,91	0,93	0,94	0,39
D5	4,20	1,15	4,24	1,18	4,01	1,08	0,34	0,70
MC	7,15	1,6	8,11	1,94	8,02	1,26	2,34	0,10
Estado Civil								
	Grupo I (n=39)		Grupo II (n=41)		Grupo III (n=17)		F _{2,94}	p
	Média	DV	Média	DV	Média	DV		
D1	4,91	0,80	4,51	1,10	4,82	0,70	1,49	0,23
D2	4,62	0,93	4,23	0,89	4,00	1,21	2,94	0,06
D3	4,46	0,93	4,23	0,89	4,00	1,21	2,27	0,10
D4	4,67	0,95	4,97	0,83	5,05	1,0	1,48	0,23
D5	4,88	0,89	4,70	0,96	4,41	1,04	1,22	0,29
MC	7,89	2,14	7,81	1,28	8,08	1,73	0,14	0,86

Nota. D1= Domínio 1: Otimismo; D2 = Domínio 2: Resolução e força; D3 = Domínio 3: Congruência entre objetivos esperados e alcançados; D4 = Domínio 4: Autoconceito positivo; D5 = Domínio 5: Humor; MC = Mobilidade Corporal; DV = Desvio Padrão.

A tabela 7 apresenta as frequências absolutas e relativas dos domínios da satisfação com a vida na amostra estudada. Pôde-se observar que em todos os cinco domínios prevaleceu um valor acima de 4 numa escala de 1 a 6, nos 3º e 4º

quartis. Os domínios otimismo e autoconceito positivo foram os que apresentaram os maiores valores, 73,5% e 75,5% respectivamente, com pontuações acima de 5, na soma dos 3º e 4º quartis.

Tabela 7

Frequências absoluta e relativa dos domínios da satisfação com a vida em função dos quartis.

Domínios da satisfação com a vida (escores)	Participantes (n=97)	
	N	%
Entusiasmo/Otimismo		
1º quartil (1,70 - 4,00)	13	13,3
2º quartil (4,01 - 5,00)	12	12,2
3º quartil (5,01 - 5,33)	34	34,7
4º quartil (5,34 - 6,00)	38	38,8
Resolução e Força moral		
1º quartil (1,70 - 3,50)	17	17,3
2º quartil (3,51 - 4,40)	23	23,5
3º quartil (4,41 - 5,16)	30	30,6
4º quartil (5,17 - 6,00)	27	27,6
Congruência entre objetivos esperados e alcançados		
1º quartil (1,00 - 3,60)	22	22,4
2º quartil (3,61 - 4,40)	15	15,3
3º quartil (4,41 - 5,00)	39	39,8
4º quartil (5,01 - 6,00)	21	21,4
Autoconceito		
1º quartil (2,30 - 4,33)	8	8,2
2º quartil (4,34 - 5,00)	15	15,3
3º quartil (5,01 - 5,66)	30	30,6
4º quartil (5,67 - 6,00)	44	44,9
Humor		
1º quartil (1,30 - 3,41)	24	24,5
2º quartil (3,42 - 4,16)	22	22,4
3º quartil (4,17 - 5,16)	25	25,5
4º quartil (5,17 - 6,00)	26	26,5

Nota. N = número total de participantes; % = percentagem

Discussão

O presente estudo objetivou avaliar a mobilidade corporal e os domínios da satisfação com a vida em idosos ativos. A maioria dos participantes do estudo foi de mulheres, fato esse justificado pela feminilização do envelhecimento. Segundo o Censo 2010 (IBGE, 2010), o número de idosas é sempre maior que o de idosos e, em idades mais avançadas, o número de mulheres chega duplicar o de homens.

No que se refere à mobilidade funcional, Matsudo et al., (2001) relatam que com o processo de envelhecimento ocorre uma deteriorização da mobilidade corporal decorrente da perda da massa muscular, diminuição do equilíbrio, da força muscular, da visão e da propriocepção, prejudicando a capacidade funcional do idoso. O estudo de Aveiro, Driusso, Barham, Pavarini, & Oishi, (2012) mostrou que, com o avançar da idade, mais tempo é despendido ao realizar o teste de mobilidade funcional. No entanto, na pesquisa atual, observou-se uma relação de declínio somente nos idosos mais velhos (acima dos 80 anos), sendo que os idosos de 60 a 79 anos não apresentaram diferenças ao executar o teste para avaliar a mobilidade corporal. Com isso, comprova-se a presença de um atraso nos declínios físicos inerentes do processo de envelhecimento.

Pode-se explicar esse fato pelo engajamento em atividades físicas oferecidas pelas instituições pesquisadas, como dança, ginástica, yoga e pilates. Esse retardo observado nos idosos desta pesquisa é importante, pois segundo o estudo de Maciel & Guerra, (2007) quando a mobilidade corporal está prejudicada as atividades de vida diária sofrem prejuízos, sendo as mesmas elementares para a manutenção da qualidade de vida do indivíduo, com preservação de sua autonomia e independência.

Além da idade, alguns estudos apontam que a escolaridade (Gregory et al., 2011; Maciel, & Guerra, 2005) e o estado civil (Maciel, & Guerra, 2005) tem uma associação com a mobilidade, fato não evidenciado por este estudo. A mobilidade de idosos deve ser elemento fundamental de qualquer avaliação geriátrica e gerontológica, visto que alguns estudos têm demonstrado seu valor preditivo em declínios nas AVDs, déficit cognitivo, institucionalização, quedas e morte (Abellan van Kan et al., 2009; Barker, Nitz, Low Choy, & Haines, 2012)

Acerca da satisfação com a vida foram observados valores elevados em todos os domínios, sendo que a maioria apresentou valores acima de 5, numa escala de 1 a 6, mostrando que estão satisfeitos com suas vidas. Os domínios otimismo e autoconceito foram os fatores em que os participantes apresentaram os maiores escores médios. O otimismo encontra-se relacionado à felicidade (Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961) demonstrando que os idosos continuam a fazer planos para o futuro, sentem-se interessados em suas atividades como em sua juventude e caracterizam a vida como ótima (Barrett, & Murk, 2006). O autoconceito relata a situação atual dos estados emocional, físico e intelectual das pessoas mais velhas (Blace, 2012). Nesse aspecto eles sentem o peso da idade, mas isso não lhes incomoda, não se sentem velhos e acreditam que possuem uma boa aparência para a idade que apresentam (Barrett, & Murk, 2006).

O domínio humor está interligado ao otimismo, pois ambos estão envolvidos na felicidade do indivíduo (Neugarten et al., 1961). Este domínio aborda questões como a felicidade na atualidade, em que os idosos definem os anos que estão vivendo como sendo os melhores de suas vidas e não se denominam como deprimidos por causa da idade, pelo contrário, acreditam que tudo está ótimo.

Além desses, um domínio muito importante para alcançar a satisfação com a vida é a congruência entre objetivos esperados e alcançados. Na pesquisa atual pôde-se observar que os participantes, ao responderem a escala do Índice de satisfação com a vida apresentaram altos valores nas assertivas “Alcancei na minha vida tudo que havia planejado fazer e muito mais” e “Quando olho para trás estou bem satisfeito (a) com a minha vida”. Tais questões são de suma importância para encontrar prazer na vida cotidiana e sentir que conseguiu a maioria dos objetivos traçados. O último domínio é a resolução e força, o qual se relaciona com a aceitação da situação atual em que vive e a tolerância com o que aconteceu no passado (Neugarten et al., 1961).

Os níveis de satisfação com a vida dos idosos podem ser explicados por diversos fatores, sendo alguns deles a manutenção da capacidade funcional, participação em atividades físicas, convivência com outros idosos, participação em grupos sociais, interação com amigos e familiares. Esses fatores são oferecidos em locais similares aos abordados nesta pesquisa. A baixa frequência de participação e de envolvimento em diversas atividades têm contribuído para os baixos níveis de satisfação, como foi observado no estudo de Blace (2012).

Contrário ao que foi encontrado na pesquisa atual, Blace (2012) observou que muitos dos idosos que entrevistou, apresentaram aspectos que acarretavam baixos níveis de satisfação com a vida, tais como: baixo nível de humor e, principalmente, baixos valores no aspecto da congruência entre objetivos esperados e alcançados. Os idosos participantes relataram que muitos objetivos de suas vidas não tinham sido alcançados e, devido a isso, tiveram crises depressivas, solidão e arrependimento pelos fracassos da vida. Um fator que deve ser considerado no estudo de Blace é que os participantes não frequentavam locais como os abordados na pesquisa atual.

Diante do exposto fica evidente que a participação dos idosos em locais que oferecem diversas atividades, tais como o Centro de Convivência e o Polo de Enriquecimento Cultural, pode ser considerada um fator importante para promover a satisfação com a vida. Tal fator é fortalecido pelas relações observadas na pesquisa, em que todos os domínios da satisfação com a vida apresentaram valores elevados, independente da faixa etária, da classe econômica, do estado civil e da escolaridade dos idosos.

Corroborando os achados da pesquisa atual referente à relação de idade e satisfação com a vida, o estudo de Angelini et al., (2012) não encontrou diferença entre os idosos com idade acima dos 60 anos quanto à satisfação com a vida. No entanto é fundamental ressaltar que o constructo foi avaliado de forma global e não por domínios.

Nas pesquisas realizadas com idosos que não frequentam locais semelhantes aos pesquisados neste estudo, foram observadas relações contraditórias ao encontrado na pesquisa atual. A relação entre idade e satisfação com a vida foi bastante discrepante, sendo que os resultados indicaram que quanto maior a idade menor é a satisfação com a vida (Baird et al., 2010; Gwozdz & Sousa-Poza, 2010). No que tange ao nível educacional e ao status econômico, o estudo de Angelini et al., (2012) encontrou uma associação, mostrando que quanto maiores esses níveis, maior é a satisfação com a vida, fato não observado na pesquisa atual.

No estudo de Enkvist et al., (2012), o estado civil relacionou-se com a satisfação com a vida, mostrando que os idosos que são casados ou residem com algum companheiro (a) apresentaram maior grau de satisfação com a vida, pois o indivíduo está socialmente conectado. Porém, os idosos que frequentam os locais avaliados nesta pesquisa, não mostraram diferença quanto ao estado civil. Tal

questão pode ser justificada pelo envolvimento social no qual estão inseridos, por meio de sentimentos de afinidade com os amigos, com os grupos sociais que frequentam e a manutenção da interatividade com os familiares.

Relativo às diferenças nos fatores associados à satisfação com a vida, cabe citar que este construto possui uma multidimensionalidade, devendo-se levar em conta uma variedade de aspectos que podem interferir nele (Angelini et al., 2012). Além disso, os trabalhos divergem muito quanto à forma de mensurar a satisfação com a vida, por ser um constructo muito subjetivo (Gwozdz & Sousa-Poza, 2010).

Conclusões

O aumento progressivo da população idosa traz consigo exigências que englobam a temática do envelhecimento sob diferentes olhares. Partindo dessa premissa, é preciso articular ideias acerca do que é envelhecer bem, uma questão pragmática que está permeada por valores particulares no curso da vida. Para isso, torna-se imprescindível a implementação de programas para a terceira idade que invistam na manutenção da capacidade funcional até idades mais avançadas e na participação social, elevando o nível de satisfação com a vida.

Com os resultados desta pesquisa, pode-se inferir que os aspectos que envolvem a mobilidade estão diretamente ligados à satisfação com a vida, e denotam um envelhecimento saudável. Os indivíduos da terceira idade, que buscam praticar atividade física regular, propiciam ao organismo uma diminuição ou desaceleração dos efeitos deletérios inerentes ao processo de envelhecimento que envolvem a mobilidade. Consequentemente, desfrutam de uma melhor condição de saúde que permite aos idosos tornarem-se mais engajados em outras atividades, além de aumentar sua participação social, proporcionando, desta forma, elevados valores na escala que mede aspectos da satisfação com a vida.

A participação em locais que possuem programas para a terceira idade é um forte preditor para alcançar o envelhecimento saudável, produtivo, ativo ou bem-sucedido, pois independente da nomenclatura utilizada para designar este envelhecimento com qualidade, o mais importante é que a principal meta seja alcançada: agregar vida aos novos anos ganhos.

O presente estudo mostrou-se inovador ao avaliar a satisfação com a vida por meio de seus domínios, porque a maioria das pesquisas aborda esse constructo de

forma global. Com base nisso, sugere-se que futuras pesquisas abordem os domínios da satisfação com a vida relacionando-os aos traços de personalidade dos idosos, pois estes podem elucidar e predizer de forma mais completa as influências a que tal constructo está exposto.

O terceiro objetivo corresponde à avaliação da percepção do envelhecimento em idosos ativos. Foi desenvolvido um capítulo de livro, submetido para a confecção de um Livro da linha pesquisa em Desenvolvimento Humano e Processos Socioeducativos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF.

5.3 CAPÍTULO DE LIVRO

Proposições acerca de um novo paradigma da senescência baseado na percepção do envelhecimento

Introdução

O envelhecimento é um processo complexo inerente a todos os seres vivos, que envolve os níveis fisiológico, psicológico e sociocultural do indivíduo. As reflexões acerca deste período de vida geraram reformulações no campo da psicologia do envelhecimento, o qual é hoje caracterizado por um desenvolvimento que se mantém ao longo de toda a vida (Neri, 2006).

A percepção sobre si mesmo a respeito do processo de envelhecer envolve uma reflexão subjetiva do modo como as pessoas idosas compreendem este processo e, por conseguinte, a transição para a velhice (Steverink et al., 2001). A percepção do envelhecimento é formada pela internalização de normas socioculturais, as quais são adquiridas por cada indivíduo, através dos estímulos ambientais nos quais está inserido (Levy, 2009; Lima, Silva, & Galhardoni, 2008). Essa percepção é vivenciada de diferentes maneiras, que variam de indivíduo para indivíduo através das alterações físicas, psíquicas e sociais, pertinentes ao desenvolvimento do ser humano ao longo do tempo (Ferreira, 2012).

O conhecimento acerca da idade avançada ainda é influenciado pelas percepções equivocadas e estereotipadas associadas a decrepitudes, devido ao pouco esclarecimento a respeito da senescência (Ron, 2007). Este fato se deve à cultura da sociedade ocidental, que define a idade como um marcador da posição no ciclo de vida (Diehl & Wahl, 2009).

Apesar de haver argumentações sobre uma evolução social de mudanças positivas frente ao processo de envelhecimento, a imagem negativa ainda é

prevalente em todos os grupos etários, inclusive nos próprios idosos (Ron, 2007). Consequentemente, muitos deles relacionam o envelhecimento a um período de declínio do funcionamento físico e psicológico (Sarkisian et al., 2005). Devido a isso, reduzem seu envolvimento em comportamentos saudáveis e preventivos, por acreditarem que surtem pouco efeito nas perdas físicas e cognitivas consideradas como inevitáveis durante o envelhecimento (Levy & Myers, 2004).

Para reformular o paradigma da senescência, muitas pesquisas vem sendo realizadas com o intuito de apresentar os benefícios de uma percepção positiva, a saber: redução dos níveis de estresse e do processo de fragilidade, recuperação de incapacidades e aumento da longevidade (Levy, et al., 2000; Levy et al., 2012; Ostir, Ottenbacher, & Markides, 2004). Estes resultados adensam as referências na área da psicologia do envelhecimento, mostrando a importância de fortalecer atitudes positivas em direção ao seu próprio envelhecimento. Em geral, esses comportamentos podem ter efeitos benéficos na saúde física e mental, no relacionamento social e nos níveis de estresse, promovendo, assim, um bem-estar ao longo da vida (Kivimäki et al., 2005). Vista sob esta ótica, a percepção otimista da senescência pode ser um importante indicador de um desenvolvimento bem-sucedido na velhice (Chasteen, 2000).

Dentro do campo de estudo do envelhecimento faz-se referência à teoria do curso da vida ou (*lifespan*), desenvolvida pelo psicólogo alemão Paul Baltes, expoente pesquisador deste tema, a qual busca uma perspectiva positiva neste processo. Os delineamentos da teoria em questão abrangem o desenvolvimento como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças orquestradas por influências genético-biológicas e socioculturais de natureza normativa e não-normativa. Tais mudanças são marcadas por perdas e ganhos concorrentes e por interatividade entre o indivíduo e a cultura (Fonseca, 2007; Neri, 2006).

Para alcançar o envelhecimento bem-sucedido somos constantemente requisitados a buscar equilíbrio entre nossas limitações e potencialidades (Lima & Coelho, 2011). O êxito neste balanceamento é alcançado pelo modelo adaptativo de Baltes (1997), ao estabelecer estratégias de seleção, otimização e compensação.

De acordo com Teixeira e Neri (2008), o envelhecimento saudável abrange características de satisfação com a vida, longevidade, ausência de incapacidade, domínio/crescimento, participação social ativa, alta capacidade funcional,

independência e adaptação positiva. Dentre os fatores preditores para alcançar este envelhecimento incluem prática de atividade física regular, senso de autoeficácia, participação social e ausência de doenças crônicas.

Na atualidade presenciamos progressivamente a inversão da pirâmide demográfica (Ferreira, 2012). Tal processo exige que políticas públicas sejam adotadas para proporcionar a esta população emergente, os idosos, acesso às atividades que beneficiam o processo de envelhecimento de uma forma positiva (Brasil, 1994; Brasil, 2008). Deste modo, locais que assistem aos idosos tais como: centros de convivência, centros-dia, universidade para a terceira idade vêm crescendo a cada dia e ocupando um lugar social cada vez mais conhecido.

Compreender como os idosos percebem o próprio processo de envelhecer pode contribuir para uma análise mais profunda do conceito de envelhecimento bem-sucedido. Desta forma, é preciso avaliar a relação entre a percepção do envelhecimento com os problemas de saúde, tanto físicos quanto psíquicos, dos idosos. Isso porque, tais problemas podem ser indicadores limitantes do envelhecimento saudável. Desta forma, a proposta deste capítulo é trazer evidências oriundas de uma pesquisa² que possam contribuir para a mudança de um antigo paradigma frente à percepção do envelhecimento.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa 97 idosos que frequentam o Centro de Convivência Dona Itália Franco e o Polo de Enriquecimento Cultural para a terceira idade da cidade de Juiz de Fora - Minas Gerais. Dentre esses, 89 são do sexo feminino e 8 (oito) do sexo masculino, com idades variando entre 60 a 92 anos. Para a seleção dos participantes, primeiramente, utilizaram-se os critérios de inclusão (ter idade igual ou maior do que 60 anos, residir na cidade de Juiz de Fora, não apresentar alteração cognitiva e ser assíduo nas atividades oferecidas pelos estabelecimentos). Em seguida, foi adotada a técnica de amostragem aleatória simples.

² Envelhecimento bem-sucedido: aspectos motores e psicológicos de idosos da cidade de Juiz de Fora, MG.

Instrumentos utilizados

Questionário sociodemográfico

A composição do questionário aplicado aos idosos foi estabelecida pelos itens idade, sexo, atividades praticadas nos estabelecimentos, trabalho realizado antes da aposentadoria, nível educacional e econômico. Estes dois últimos foram obtidos pela pontuação do CCEB, um questionário desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Pereira et al., 2009), com a função de estimar o poder de compra das famílias urbanas, por meio do levantamento de características domiciliares. Abandonando desta forma, a pretensão de classificar a população em classes sociais, mas sim, exclusivamente, em classes econômicas. O questionário é composto por 10 questões, contendo a posse de itens e o grau de instrução da pessoa. O nível econômico é pontuado de 0 a 46, os quais são segmentados por pontos de corte, conforme a tabela 8.

Tabela 8.

Pontos de corte do critério de classificação econômica

Classe econômica	Pontos
A1	42 – 46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 – 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 – 7

O nível educacional foi obtido por meio da pergunta: “Até que ano o (a) senhor (a) estudou?” Como opção de resposta, o questionário apresenta cinco itens (tabela 9). Por serem os participantes da pesquisa idosos foi adotada a nomenclatura antiga quanto aos níveis educacionais.

Tabela 9.
Nível educacional

Nomenclatura antiga	Pontuação
Analfabeto/ Primário incompleto	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	4
Superior completo	8

Questionário de percepção do envelhecimento

Este questionário foi desenvolvido pelos pesquisadores Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey e Conroy (2007) e validado para a língua portuguesa por Ferreira (2012). O instrumento em questão é composto por 28 itens que apresentam como opção de resposta a variação da escala Likert de 5 pontos (1 discordo totalmente a 5 concordo totalmente), com consistência interna de 0,84. A pesquisa atual apresentou o alfa de cronbach de 0,71. Esse instrumento tem como objetivo avaliar a percepção do envelhecimento a partir de sete domínios distintos, que envolvem as seguintes dimensões (Figura 3):

- Duração crônica: relacionada à consciência individual que considera o envelhecimento de natureza crônica.
- Duração cíclica: relacionada a variações na consciência acerca do envelhecimento.
- Consequências positivas: refere-se aos impactos do envelhecimento como positivos.
- Consequências negativas: refere-se aos impactos do envelhecimento como negativos.
- Controle positivo: crença positiva na forma como irá gerenciar as experiências do envelhecimento.
- Controle negativo: percepção negativa acerca do controle das experiências durante o envelhecimento.
- Representações emocionais: resposta emocional gerada por cada indivíduo a partir do processo do seu envelhecimento, compreendendo emoções negativas, tais como: preocupação, ansiedade, depressão, medo, raiva e tristeza (Ferreira, 2012).

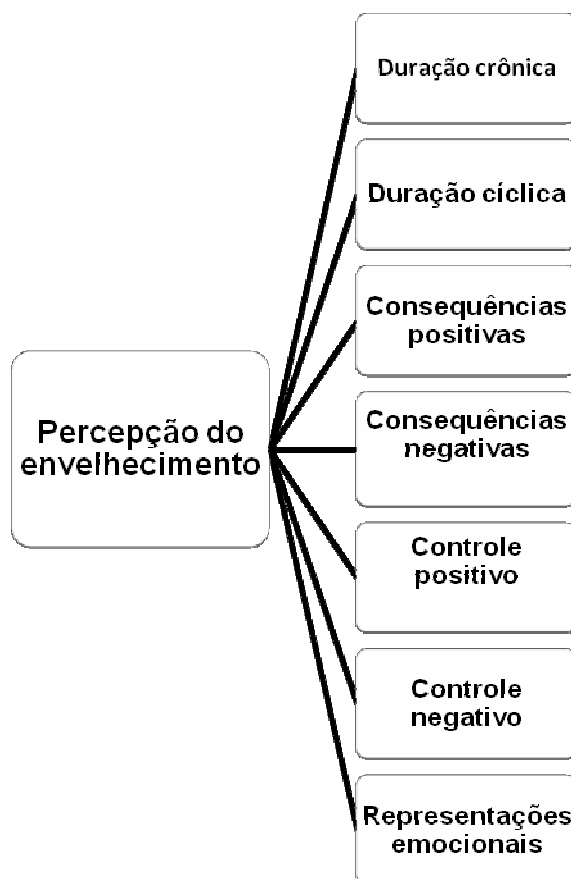


Figura 3. Domínios da percepção do envelhecimento

O questionário possui uma subescala composta por 17 itens, que avaliam as percepções de mudanças de saúde ocorridas durante o envelhecimento. Tais mudanças referem-se a problemas de saúde relacionados ao funcionamento muscular, cardiovascular, pulmonar, neurológico e psiquiátrico. As respostas foram cotadas por SIM = 1 (possui ou já possuiu o problema de saúde referido, nos últimos 10 anos) ou NÃO = 0 (nunca teve). O escore foi obtido pela maior pontuação, demarcando, assim, a quantidade de problemas referentes à saúde experienciados durante o envelhecimento (Ferreira, 2012; Keong, 2010).

Procedimentos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o parecer número 238.469/2013, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

As aplicações dos instrumentos ocorreram em locais reservados, disponibilizados pelos próprios estabelecimentos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as avaliações foram realizadas individualmente, com duração média de 60 minutos.

Análise dos dados

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. A estatística descritiva (mediana, média e desvio padrão) foi utilizada para as variáveis do estudo. Pelo teste de Kolmogov-Smirnov, concluímos que a distribuição dos dados apresentou normalidade. Desta forma, foi realizada a correlação de *Spearman* para compreender a relação entre as variáveis: idade, nível educacional e nível econômico com as dos domínios da percepção do envelhecimento.

Foi adotado o agrupamento de alguns domínios devido às suas características semelhantes, a saber: percepções mais negativas (duração crônica, consequências negativas, controle negativo e representações emocionais) e percepções mais positivas (duração cíclica, consequências positivas e controle positivo). Desta forma, foram criados dois grupos, com os idosos que apresentaram uma percepção mais positiva do envelhecimento (Grupo I) e com os idosos que apresentaram uma percepção mais negativa (Grupo II).

Foi realizado o teste de Shapiro-Wilk para analisar a distribuição dos dados em cada grupo, o resultado nos direcionou para um teste não-paramétrico, Mann-Whitney. Essa divisão, em grupos, foi realizada com o intuito de avaliar a relação entre a percepção do envelhecimento com as mudanças de saúde referidas.

O tratamento dos dados foi realizado no *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS ®) versão 20.0. Anteriormente à análise, as assertivas 18, 19, 20 e 21 do questionário de percepção do envelhecimento tiveram seus escores reversos. Foi adotado em todos os testes o nível de significância de 5%.

Resultados

Foram avaliados 113 idosos durante a pesquisa, destes, 16 foram excluídos, pois não se enquadravam nos critérios de inclusão. Os dados descritivos dos participantes do estudo estão disponíveis na tabela 10.

Tabela 10.

Estatística descritiva da amostra. Médias, desvios padrões porcentagens e número total de participantes.

Características	Valores
	Média e DP
Idade (anos)	72,35 ± 7,15
% de mulheres, (n)	91,75 (89)
% de homens, (n)	8,25 (8)
Nível educacional	
0: %, (n)	16,5 (16)
1: %, (n)	45,4 (44)
2: %, (n)	14,4 (14)
3: %, (n)	19,6 (19)
4: %, (n)	4,1 (4)
Classificação econômica	
A1 %, (n)	0 (0)
A2 %, (n)	1 (1)
B1 %, (n)	6,2 (6)
B2 %, (n)	15,5 (15)
C1 %, (n)	28,9 (28)
C2 %, (n)	23,7 (23)
D%, (n)	23,7 (23)
E%, (n)	1 (1)
Domínios da Percepção do Envelhecimento	Médias e DPs
Duração crônica	3,13 ± 1,14
Duração cíclica	2,63 ± 1,16
Consequências positivas	4,56 ± 0,76
Consequências negativas	3,30 ± 1,03
Controle positivo	4,49 ± 0,76
Controle negativo	3,04 ± 1,06
Representações emocionais	2,23 ± 0,92
Mudanças de saúde	7,12 ± 2,94

Nota. DP= Desvio padrão; % = porcentagem; n= número total de participantes

Pode-se observar que este estudo apresentou uma maior proporção de mulheres quando comparada à dos homens, mostrando a prevalência de um envelhecimento feminino. Além disso, observamos que o nível econômico predominante dos idosos que frequentam os estabelecimentos pesquisados foi da classe C. Quanto ao nível educacional, a maioria estudou até o primário completo/ginásial incompleto, sendo que somente quatro idosos chegaram a cursar o nível superior. Na caracterização da percepção do envelhecimento foi possível

observar que as consequências positivas, seguidas pelo controle positivo e as consequências negativas, nesta ordem, apresentaram valores mais elevados dos demais domínios.

As correlações dos sete domínios da percepção do envelhecimento com as variáveis: idade, níveis educacional e econômico, somente foram significativas entre o nível econômico com os respectivos domínios: controle negativo ($r = 0,310$; $p = 0,002$), consequências negativas ($r = 0,257$; $p = 0,011$) e representações emocionais ($r = 0,314$; $p = 0,022$). Os dados descritivos em relação aos grupos I e II são apresentados na tabela 11. O teste de *Mann-Whitney* indicou que há diferença significativa ($z = -4,201$; $p = 0,000$) entre os dois grupos de idosos, rejeitando a hipótese que os grupos eram iguais quanto aos problemas de saúde. Ao realizar a comparação entre grupos, foi possível observar que o Grupo II apresentou maior mediana (11) quando comparado ao Grupo I (6). Demonstrando que o primeiro teve maiores experiências relacionadas às mudanças de saúde durante o envelhecimento (tabela 11 e figura 4).

Tabela 11.

Características dos grupos I e II. Medianas, médias, desvios padrões, porcentagens e número total de participantes.

Características	Valores	
	Grupo I (percepção positiva)	Grupo II (percepção negativa)
% de idosos, (n)	90,72 (88)	9,27 (9)
	Mediana / Média (DP)	Mediana / Média (DP)
Idade (anos)	71 / 71,9 ($\pm 7,09$)	79 / 76,78 ($\pm 6,51$)
Problemas de saúde*	6 / 6,69 ($\pm 2,70$)	11 / 11,33 ($\pm 1,50$)

Nota. *quantidade de mudanças de saúde (problemas de saúde) referidas durante o envelhecimento (0 a 17); DP= Desvio padrão; % = porcentagem; n= número total de participantes.

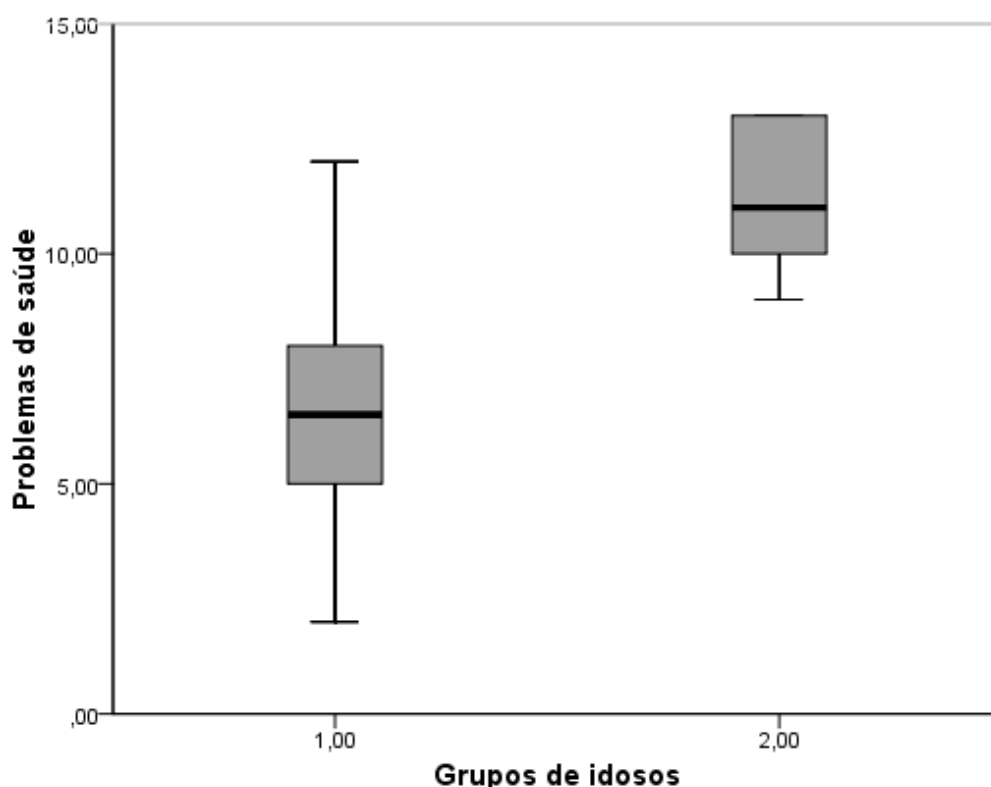


Figura 4. Problemas de saúde referentes a cada grupo.

Discussão

Por meio da análise dos domínios da percepção do envelhecimento evidencia-se que as dimensões das consequências positivas e do controle positivo apresentaram valores mais elevados dentre os outros. Diante disso, pode-se sugerir que os idosos do estudo possuem uma percepção do processo de envelhecimento associada a crenças positivas, quanto aos impactos que a velhice pode trazer. Além disso, predomina a convicção de que por meio de atitudes pessoais podem controlar as experiências do envelhecimento. Isso é observado, por exemplo, pela assertiva que aborda o domínio controle positivo: “A qualidade da minha vida social na idade avançada depende de mim”.

Stroebe (2007) argumenta que à medida que envelhecemos continuamos a trabalhar e a redefinir o nosso autoconceito, que por vezes é assegurado pela consolidação de aquisições de sentimentos de competência e controle sobre a vida. Isso condiz com os domínios controle positivo e consequências positivas.

Além destes, o domínio consequências negativas também se apresentou em evidência, mostrando que os idosos têm consciência que o envelhecimento irá acarretar-lhes algumas limitações, como mostra uma das assertivas: “Envelhecer limita as coisas que posso fazer”. Portanto, este domínio não é entendido unicamente como indicador de uma percepção mais negativa por parte desses. Como Junqueira (2010) afirmou, os idosos estão conscientes que o processo de envelhecimento desencadeia tanto consequências positivas quanto negativas, permitindo, desta forma, um crescimento pessoal psicológico.

O estudo de Yassine (2011) encontrou resultados condizentes ao nosso quanto à prevalência dos domínios da percepção do envelhecimento: consequências positivas, negativas e controle positivo. Em consequência de seus resultados, referiu-se que a velhice é um estágio normativo do curso de vida, que coloca desafios ao indivíduo, os quais o idoso terá que se adaptar e saber gerir.

O presente estudo não detectou correlação significativa entre os domínios da percepção do envelhecimento com a idade e o nível educacional. Quanto ao nível econômico identificou uma correlação positiva e significativa, porém fraca, com os domínios: controle negativo, consequências negativas e representações emocionais. Conforme esses dados pode-se sugerir que o nível econômico mais elevado tem uma relação com os aspectos negativos do envelhecimento.

Inicialmente, vale recordar que a maioria dos idosos avaliados compunha a classe C, portanto, esta correlação representa uma minoria dos participantes do estudo. Mas para compreender este resultado, subjetivamente podemos explicar que o processo de envelhecimento acarreta perdas e ganhos, e cabe ao indivíduo balancear as limitações e as potencialidades para alcançar um envelhecimento positivo. Como consequência da expectativa em realizar atividades e seu impedimento devido às limitações inerentes do processo de envelhecimento, muitos idosos apresentam percepções mais negativas pelo fato de serem impedidos de alcançarem seus principais anseios mesmo quando seu status econômico permite.

A respeito destas correlações, não foram encontrados na literatura trabalhos em consonância que pudessem ser comparadas aos dados encontrados na pesquisa atual. A maioria dos estudos aborda as associações entre os domínios da percepção do envelhecimento com a idade, escolaridade e gênero (Junqueira, 2010; Keong, 2010; Marques, 2012; Yassine, 2011).

Após reunir os participantes em grupos referentes às suas percepções, foi possível observar que os idosos frequentadores de centros de convivência apresentaram, em quase sua totalidade, uma percepção mais positiva do que negativa. Isso foi condizente a diversos estudos, pois estes locais estimulam a pessoa idosa a exercitar sua capacidade de adaptação normativa e a aceitar suas próprias mudanças, decorrentes da senescência, alcançando assim um envelhecimento bem-sucedido (Garrido & Menezes, 2002; Pereira, Alvarez, & Traebert, 2011).

Os resultados da pesquisa ainda indicam que os idosos que apresentaram uma percepção mais positiva do envelhecimento expuseram menor incidência de doenças durante o envelhecimento. Com isso, pode-se articular que as percepções otimistas são preventivas quanto ao aparecimento de doenças. Diversas pesquisas empíricas adensam os resultados encontrados neste estudo, corroborando a importância de uma percepção otimista frente ao processo de envelhecimento. Com base nesse pressuposto, estes estudos encontraram melhores desempenhos da memória; maior controle da escrita; menor fragilidade; melhor recuperação de incapacidades; uma forte vontade de viver e aumento da longevidade, quando comparados aos que estavam associados às percepções negativas do envelhecimento (Levy et al., 2000; Levy et al., 2002; Levy et al., 2012; Ostir et al., 2004). Além desses, os estudos de Levy et al., (2002), Wurm, Tesch-Römer, & Tomasik, (2007) relataram que as crenças dos idosos acerca do processo de envelhecer pode afetar o seu funcionamento cognitivo e físico (Levy et al., 2002; Wurm, Tesch-Römer, & Tomasik, 2007).

Considerações finais

O ser humano vive imerso em um contexto sociocultural e os desafios que este impõe, pelo aumento da longevidade, faz com que todo investimento acerca do processo de envelhecimento, para além dos mitos estereotipados, torne-se premente.

Os resultados obtidos pelo presente estudo realçam, em um primeiro nível de análise, que a percepção positiva do envelhecimento proporciona inúmeros benefícios ao indivíduo, quando esse alcança a idade avançada. O processo de formação dessa percepção ocorre principalmente por influências das normas sociais

impostas ao longo de toda uma vida, mostrando como a sociedade tem papel fundamental neste constructo psicológico.

É dentro deste contexto que procuramos trazer informações que possam proporcionar mudanças na forma de entender, vivenciar e perceber o processo inerente ao envelhecimento e, assim, passar por este período de forma positiva e saudável.

Para que se consiga modificar o paradigma antigo é preciso compreender como a sociedade é moldada a partir de suas próprias normas e, por meio destas, internalizar uma percepção positiva acerca da senescência. Mas para alcançar este objetivo é necessário que a população conheça e acredite ser possível envelhecer com qualidade de vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha do tema deu-se em função do aumento progressivo da população idosa e do interesse em compreender esse período do ciclo de vida como um processo normal. Diante disso, a pesquisa foi instigada pela necessidade de refutar a imagem pejorativa do envelhecimento e transmitir que é possível envelhecer bem, de forma saudável, mantendo uma vida sociável.

Ambientes como os Centros de Convivência para Idosos e locais como o Polo de Enriquecimento Cultural para a Terceira Idade possuem inúmeras atividades, que promovem um desejável processo de envelhecimento. Estes locais investigados nesse estudo permitiram aos pesquisadores o acesso aos idosos durante a realização das atividades das quais eles participavam. Com esse amparo, foi possível abordar e compreender aspectos específicos que promovem um envelhecimento bem-sucedido.

No que tange à capacidade funcional, foram avaliados a mobilidade corporal e a habilidade manual. Percebeu-se que apenas os idosos com idade acima dos 80 anos obtiveram um declínio na mobilidade corporal, mostrando que a participação nas atividades oferecidas pelas instituições acarretou um retardo no declínio deste aspecto específico. O outro aspecto motor avaliado, a habilidade manual, contrariamente ao observado na mobilidade corporal, apresentou um processo de perda maior em seu desempenho com o avançar da idade. Esse fato pode prejudicar na realização de atividades de vida diária, devido à necessidade da minuciosidade dos dedos em executar muitas tarefas.

Quanto aos aspectos psicológicos, os idosos apresentaram-se com uma ótica muito positiva. A satisfação com a vida apresentou-se elevada em todos seus domínios, não sofrendo influência da escolaridade, do estado civil e da classe econômica. Com isso, a participação nestes locais pode ser considerada uma influente premissa para alcançar esses valores elevados. Resultado semelhante foi observado ao avaliar a percepção do envelhecimento nestes mesmos idosos. Os domínios que constituem os aspectos de uma percepção positiva apresentaram valores elevados quando comparados àqueles referentes aos negativos. Além disso, mostrou-se que os idosos com a percepção mais positiva apresentaram uma incidência muito menor de doenças autoreferidas relacionadas ao envelhecimento.

De um modo geral pode-se inferir que a maioria dos idosos estão satisfeitos com suas vidas, apresentam uma visão positiva do envelhecimento e um retardo no declínio da mobilidade corporal.

O acesso aos idosos envolvidos com as atividades realizadas nas instituições investigadas propicia transmitir a importância desses locais e de suas atividades para a sociedade em geral. A disseminação desses conhecimentos tem o intuito de abranger não apenas os idosos, mas também os indivíduos mais jovens, devido à consolidação desse estereótipo que ocorre desde a infância.

Se a visão do processo de envelhecimento passar por uma reformulação, introduzindo conceitos e ensinamentos da abordagem positiva, concomitantemente as atitudes de um envelhecimento saudável, os indivíduos passarão a perceber seu próprio envelhecimento de forma mais otimista, envolvendo-se em atividades que promovem um envelhecimento bem-sucedido. Por isso, é importante transmitir que a imagem tradicional da velhice é muito diferente da observada na atualidade.

Neste contexto, esse trabalho teve a incumbência, em termos de reflexão e compromisso, de desmistificar o antigo paradigma do envelhecimento, proporcionando um fortalecimento do envelhecimento positivo, permitindo assim a mudança da inércia que se instala diante do envelhecer.

Dentre as temáticas pesquisadas nessa dissertação, a habilidade manual mostrou-se como um fator que precisa ser abordado com maior precisão, devido ao declínio observado com o avançar da idade, mesmo nos idosos frequentadores de locais que promovem um envelhecimento bem-sucedido. Desta forma, futuras pesquisas podem avançar nesse aspecto de forma a promover a manutenção dessa habilidade em idades mais avançadas.

REFERÊNCIAS

- Abellan van Kan, G., Rolland, Y., Andrieu, S., Bauer, J., Beauchet, O., Bonnefoy, M., ... Vellas, B. (2009). Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(10), 881–889.
- Abu-Bader, S. H., Rogers, A., & Barusch, A. S. (2003). Predictors of Life Satisfaction in Frail Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 38(3), 3–17 doi:10.1300/J083v38n03_02
- Almeida, O. P. (1998). Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq. neuropsiquiatr*, 56(3B), 605–12.
- Angelini, V., Cavapozzi, D., Corazzini, L., & Paccagnella, O. (2012). Age, Health and Life Satisfaction Among Older Europeans. *Social Indicators Research*, 105(2), 293–308. doi:10.1007/s11205-011-9882-x
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2013). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Recuperado em www.abep.org – abep@abep.org
- Aveiro, M. C., Driusso, P., Barham, E. J., Pavarini, S. C. I., & Oishi, J. (2012). Mobility and the risk of falls among elderly people of the community of São Carlos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2481–2488. doi:10.1590/S1413-81232012000900028
- Avlund, K., Holstein, B. E., Osler, M., Damsgaard, M. T., Holm-Pedersen, P., & Rasmussen, N. K. (2003). Social position and health in old age: the relevance of different indicators of social position. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(2), 126–136. doi:10.1080/14034940210134130
- Aykawa, A. C., & Neri, A. L. (2008). Capacidade funcional. In A. L. Neri, *Palavras-chave em Gerontologia* (3 ed., pp. 29-33). São Paulo: Alínea.
- Baird, B. M., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2010). Life Satisfaction Across the Lifespan: Findings from Two Nationally Representative Panel Studies. *Social Indicators Research*, 99(2), 183–203. doi:10.1007/s11205-010-9584-9
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *The American Psychologist*, 52(4), 366–380.

- Baltes, P.B.; & Smith, J. (2009) Lifespan Psychology: From Developmental Contextualism to Developmental Biocultural Co-constructivism. *Research in human development*, 1(3), 123–144
- Barker, A. L., Nitz, J. C., Low Choy, N. L., & Haines, T. P. (2012). Mobility has a non-linear association with falls risk among people in residential aged care: na observational study. *Journal of Physiotherapy*, 58(2), 117–125. doi:10.1016/S1836-9553(12)70092-9
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007). Cross sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7(1), 9. doi:10.1186/1471-2318-7-9
- Barrett, A. J., & Murk, P. J. (2006). Life Satisfaction Index for the Third Age (LSITA): A Measurement of Successful Aging. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1805/1160>
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: influence of literacy. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 52(1), 01–07. doi:10.1590/S0004 282X1994000100001
- Blace, N. P. (2012). Functional Ability, Participation in Activities and Life Satisfaction of the Older People. *Asian Social Science*, 8(3). doi:10.5539/ass.v8n3p75
- Brasil (1994). *Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994*. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília. Recuperado em 24 setembro, 2013, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p8842_pn_idoso.pdf
- Brasil (2008). *Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Secretaria Especial dos direitos humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos direitos Humanos.
- Brickman, A. M., Meier, I. B., Korgaonkar, M. S., Provenzano, F. A., Grieve, S. M., Siedlecki, K. L., ... Zimmerman, M. E. (2012). Testing the white matter retrogenesis hypothesis of cognitive aging. *Neurobiology of Aging*, 33(8), 1699–1715. doi:10.1016/j.neurobiolaging.2011.06.001
- Carmeli, E., Patish, H., & Coleman, R. (2003). The Aging Hand. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(2), M146

M152. doi:10.1093/gerona/58.2.M146

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

Carvalho, R. B. da C., & Madruga, V. A. (2011). Aging and physical activity practice: influence of gender. *Motriz: Revista de Educação Física*, 17(2), 328–337. doi:10.5016/1980-6574.2011v17n2p328

Chan, T. (2000). An investigation of finger and manual dexterity. *Perceptual and Motor Skills*, 90(2), 537–542.

Chang, H.-H., & Yen, S. T. (2011). Full-time, part-time employment and life satisfaction of the elderly. *The Journal of Socio-Economics*, 40(6), 815–823. doi:10.1016/j.socec.2011.08.008

Chasteen, A. L. (2000). The Role of Age and Age-Related Attitudes in Perceptions of Elderly Individuals. *Basic and Applied Social Psychology*, 22(3), 147–156. doi:10.1207/S15324834BASP2203_3

Coffey, C. E., Saxton, J. A., Ratcliff, G., Bryan, R. N., & Lucke, J. F. (1999). Relation of education to brain size in normal aging: implications for the reserve hypothesis. *Neurology*, 53(1), 189–196.

Conselho Federal de Psicologia (2009). *Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.

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

Costa, E. C., Nakatani, A. Y. K., & Bachion, M. M. (2006). Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(1), 43–48. doi:10.1590/S0103-21002006000100007

Debert, G. G. (1992). A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. Recuperado 15 de janeiro de 2014, <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=302167&indexSearch=ID>

Debert, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de privatização do envelhecimento*. São Paulo, SP : Edusp.

Demongeot, J. (2009). Biological boundaries and biological age. *Acta Biotheoretica*, 57(4), 397–418. doi:10.1007/s10441-009-9087-8

Desrosiers, J., Hébert, R., Bravo, G., & Dutil, E. (1995). The Purdue Pegboard Test: normative data for people aged 60 and over. *Disability and Rehabilitation*, 17(5), 217–224.

Desrosiers, J., Hébert, R., Bravo, G., & Rochette, A. (1999). Age-related changes in upper extremity performance of elderly people: a longitudinal study. *Experimental Gerontology*, 34(3), 393–405.

Dessen, M. A., & Junior, Á. L. C. (2005). *A Ciência do Desenvolvimento Humano: Tendências atuais e perspectivas futuras*. Artmed.

Diehl, M. K., & Wahl, H.-W. (2010). Awareness of age-related change: examination of a (mostly) unexplored concept. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(3), 340–350. doi:10.1093/geronb/gbp110

Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *The American Psychologist*, 55(1), 34–43.

Diener, E. (2012). New findings and future directions for subjective well-being research. *The American Psychologist*, 67(8), 590–597. doi:10.1037/a0029541

Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403–425. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145056

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276

Diermayr, G., Mclsaac, T. L., & Gordon, A. M. (2011). Finger force coordination underlying object manipulation in the elderly - a mini-review. *Gerontology*, 57(3), 217–227. doi:10.1159/000295921

Diermayr, G., Mclsaac, T. L., Kaminski, T. R., & Gordon, A. M. (2011). Aging effects on object transport during gait. *Gait & Posture*, 34(3), 334–339. doi:10.1016/j.gaitpost.2011.05.021

- Duarte, L. R. S. (1999). Idade Cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 2(0). Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/5473>
- Elewa, R. M., Abdallah, M., Youssef, N., & Zouboulis, C. C. (2012). Aging related changes in cutaneous corticotropin-releasing hormone system reflect a defective neuroendocrine-stress response in aging. *Rejuvenation Research*, 15(4), 366–373. doi:10.1089/rej.2011.1294
- Enkvist, A., Ekström, H., & Elmståhl, S. (2012). Life satisfaction (LS) and symptoms among the oldest-old: results from the longitudinal population study called Good Aging in Skåne (GÅS). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 146–150. doi:10.1016/j.archger.2011.05.001
- Faleiros, V. (2009). O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas. Envelhecimento no Brasil: desafios e compromissos. In Conselho Federal de Psicologia. *Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social* (pp. 63 – 77). Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Fernandes, H. M., Vasconcelos-Raposo, J., Pereira, E., Ramalho, J., & Oliveira, S. (2009). A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos. *Motricidade*, 5(1), 33–50. doi:10.6063/motricidade.5(1).186
- Ferreira, M. E. C., Corrêa, J. C., & Banhato, E. F. C. (2010). *Desafios de envelhecer no século XXI*. São Paulo, SP: Residencial Santa Catarina
- Ferreira, L. (2012). *Validação da Body Appreciation Scale (BAS), Life Satisfaction Index for the Third Age (LSITA) e do Aging Perception Questionnaire (APQ) para a língua portuguesa no Brasil : um estudo em idosos brasileiros*. (Tese de Doutorado), Universidade de Campinas, São Paulo, Brasil
Recuperado 29 de setembro de 2013, de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000864047>
- Ferrigno, J. C. (1998) Grupos de reflexão sobre o envelhecimento: uma proposta de reconstrução da autonomia de homens e mulheres na terceira idade. *Gerontologia*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 27-33.
- Finch, C. E., & Tanzi, R. E. (1997). Genetics of Aging. *Science*, 278(5337), 407–411. doi:10.1126/science.278.5337.407
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198.

Fonseca, A. M. (2007). Conceptualizing a developmental approach of the process of aging. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 277–289.
doi:10.1590/S0102-79722007000200014

Fonseca, J. S. da, & Martins, G. de A. (1996). *Curso de estatística*. Atlas.
Friedland, R. P. (1993). Epidemiology, education, and the ecology of Alzheimer's disease. *Neurology*, 43(2), 246–249.

Gao, J., Cheung, R. T.-F., Lee, T. M. C., Chu, L.-W., Chan, Y.-S., Mak, H. K.-F., ... Cheung, C. (2011). Possible retrogenesis observed with fiber tracking: na anteroposterior pattern of white matter disintegrity in normal aging and Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 26(1), 47–58.
doi:10.3233/JAD-2011-101788

Garrido, R., & Menezes, P. R. (2002). O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev. bras. psiquiatr*, 24(supl.1), 3–6.

Gill, T. M., Guo, Z., & Allore, H. G. (2006). The epidemiology of bathing disability in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(10), 1524–1530. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00890.x

Goldman, S. N. (1999). *Universidade para a terceira idade: uma lição de cidadania*. Pontificia Universidade Católica de São Paulo. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislnd.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&ang=p&nextAction=lnk&exprSearch=254124&indexSearch=ID>

Goldman, C. (2009). Abertura. In Conselho Federal de Psicologia. *Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social* (pp. 17- 23). Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.

Gregory, P. C., Szanton, S. L., Xue, Q.-L., Tian, J., Thorpe, R. J., & Fried, L. P. (2011). Education predicts incidence of preclinical mobility disability in initially high-functioning older women. The Women's Health and Aging Study II. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 66(5), 577–581. doi:10.1093/gerona/glr023

Grice, K. O., Vogel, K. A., Le, V., Mitchell, A., Muniz, S., & Vollmer, M. A. (2003). Adult Norms for a Commercially Available Nine Hole Peg Test for Finger Dexterity. *The American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 570–573.
doi:10.5014/ajot.57.5.570

Guedes, F. A., Galvis-Alonso, O. Y., & Leite, J. P. (2006). Neuronal plasticity associated with mesial temporal lobe epilepsy: insights from human and animal model studies. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 12(1), 10–17. doi:10.1590/S1676-26492006000200003

Guralnik, J. M., Fried, L. P., & Salive, M. E. (1996). Disability as a public health outcome in the aging population. *Annual Review of Public Health*, 17, 25–46. doi:10.1146/annurev.pu.17.050196.000325

Gwozdz, W., & Sousa-Poza, A. (2010). Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for Germany. *Social Indicators Research*, 97(3), 397–417.

Haase, V. G., Lacerda, S. S., Lima, E. de P., Corrêa, T. de D., Brito, D. C. S. de, & Lana-Peixoto, M. A. (2004). Assessment of psychosocial functioning in multiple sclerosis: psychometric characteristics of four self-report measures. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 62(2A), 282–290. doi:10.1590/S0004-282X2004000200017

Hackel, M. E., Wolfe, G. A., Bang, S. M., & Canfield, J. S. (1992). Changes in hand function in the aging adult as determined by the Jebsen Test of Hand Function. *Physical Therapy*, 72(5), 373–377.

Howell, D. C. (2010). *Statistical Methods for Psychology*. Cengage Learning.

Huta, V., & Ryan, R. M. (2010). Pursuing Pleasure or Virtue: The Differential and Overlapping Well-Being Benefits of Hedonic and Eudaimonic Motives. *Journal of Happiness Studies*, 11(6), 735–762. doi:10.1007/s10902-009-9171-4

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. 2010. Recuperado em 08 de agosto, 2013, em ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religioao_deficiencia/tab1_1.pdf.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (2010). *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil*, recuperado em 07 de fevereiro, 2012, http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf

Jebsen, R. H., Taylor, N., Trieschmann, R. B., Trotter, M. J., & Howard, L. A. (1969). An objective and standardized test of hand function. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 50(6), 311–319.

Jin, K. (2010). Modern Biological Theories of Aging. *Aging and Disease*, 1(2), 72–74.

Joia, L. C., Ruiz, T., & Donalisio, M. R. (2007). Life satisfaction among elderly population in the city of Botucatu, Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 131–138. doi:10.1590/S0034-89102007000100018

Júnior, R. C. F., & Tavares, M. de F. L. (2005). A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface*, 147–158.

Kahn, R. L. (2004). Successful Aging: Myth or Reality. Recuperado de <http://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/49494>

Junqueira, D. (2010). *Dimensão depressiva da personalidade e auto-percepção do envelhecimento em idosos* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Kalache, A., & Keller, I. (2000). The greying world: a challenge for the twenty-first century. *Science Progress*, 83 (Pt 1), 33–54.

Kenyon, C. J. (2010). The genetics of ageing. *Nature*, 464(7288), 504–512. doi:10.1038/nature08980

Keong, A. M. P. A. (2010). *A auto-percepção do envelhecimento em idosas viúvas* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Kivimäki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Helenius, H., Singh-Manoux, A., & Pentti, J. (2005). Optimism and pessimism as predictors of change in health after death or onset of severe illness in family. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 24(4), 413–421. doi:10.1037/0278-6133.24.4.413

Kornatz, K. W., Christou, E. A., & Enoka, R. M. (2005). Practice reduces motor unit discharge variability in a hand muscle and improves manual dexterity in old adults. *Journal of Applied Physiology (Bethesda, Md.: 1985)*, 98(6), 2072–2080. doi:10.1152/jappphysiol.01149.2004

Krampe, R. T. (2002). Aging, expertise and fine motor movement. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 26(7), 769–776.

Larson EB. (2011). Brains and aging: Comment on “physical activity and cognition in women with vascular conditions” and “activity energy expenditure and incident cognitive impairment in older adults”. *Archives of Internal Medicine*,

171(14), 1258–1259. doi:10.1001/archinternmed.2011.273

Latash, M. L., Turvey, & Bernshteĭn, N. A. (1996). *Dexterity and its development*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.

Lemaitre, H., Goldman, A. L., Sambataro, F., Verchinski, B. A., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger, D. R., & Mattay, V. S. (2012). Normal age-related brain morphometric changes: nonuniformity across cortical thickness, surface area and gray matter volume? *Neurobiology of Aging*, 33(3), 617.e1–9. doi:10.1016/j.neurobiolaging.2010.07.013

Levy, B. (2009). Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332–336.

Levy, B. R. (2003). Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Self-Stereotypes. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(4), P203–P211. doi:10.1093/geronb/58.4.P203

Levy, B. R., Hausdorff, J. M., Hencke, R., & Wei, J. Y. (2000). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(4), P205–213.

Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39(3), 625–629. doi:10.1016/j.ypmed.2004.02.029

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261–270. doi:10.1037/0022-3514.83.2.261

Levy, B. R., Slade, M. D., Murphy, T. E., & Gill, T. M. (2012). Association Between Positive Age Stereotypes and Recovery From Disability in Older Persons. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 308(19), 1972–1973. doi:10.1001/jama.2012.14541.

Levy, B. R., Zonderman, A. B., Slade, M. D., & Ferrucci, L. (2009). Age Stereotypes Held Earlier in Life Predict Cardiovascular Events in Later Life. *Psychological science*, 20(3), 296–298. doi:10.1111/j.1467-9280.2009.02298.x

Lima, Â. M. M. de, Silva, H. S. da, & Galhardoni, R. (2008). Successful aging: paths for a construct and new frontiers. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 795–807. doi:10.1590/S1414-32832008000400010

Lima, P. M. R. de, & Coelho, V. L. D. (2011). The art of aging: an exploratory study on life history and aging. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(1), 4–19. doi:10.1590/S1414-98932011000100002

Lima-Costa, M. F., Barreto, S. M., & Giatti, L. (2003). Health status, physical functioning, health services utilization, and expenditures on medicines among Brazilian elderly: a descriptive study using data from the National Household Survey. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 735–743. doi:10.1590/S0102-311X2003000300006

Lopes, A. (2000). *Os desafios da gerontologia no Brasil*. Alínea Editora.

Maciel, A. C. C., & Guerra, R. O. (2005). Fatores associados a alteração da mobilidade em idosos residentes na comunidade. *Braz. J. Phys. Ther. (Impr.)*, 9(1), 17–23.

Maciel, Á. C. C., & Guerra, R. O. (2007). Influence of biopsychosocial factors on the functional capacity of the elderly living in Brazil's Northeast. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10(2), 178–189. doi:10.1590/S1415-790X2007000200006

Mackenbach, J., Borsboom, G., Nusselder, W., Looman, C., & Schrijvers, C. (2001). Determinants of levels and changes of physical functioning in chronically ill persons: results from the GLOBE Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(9), 631–638. doi:10.1136/jech.55.9.631

Mathiowetz, V. Weber K., Kashman, N., & Volland, G. (1985). Adult Norms For The Nine Hole Peg Test Of Finger Dexterity. *The occupational therapy journal of research* 5 (1) pp 24-38

Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. (2007). Fundamentos de metodologia científica(pp 40-54). 6. ed. São Paulo: Atlas.

Marques, A. C. I. (2012). *Mecanismos de defesa do ego, apoio social e auto-percepção do envelhecimento em adultos mais velhos* (Mestrado em psicologia), Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R., Neto, B., & Leite, T. (2001). Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 7(1), 2–13. doi:10.1590/S1517-86922001000100002

Michimata, A., Kondo, T., Suzukamo, Y., Chiba, M., & Izumi, S.-I. (2008). The manual function test: norms for 20- to 90-year-olds and effects of age, gender, and hand dominance on dexterity. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 214(3), 257–267.

Minayo, M. C. de S., & Coimbra Junior, C. E. A. (2002). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.

Minosso, J. S. M., Amendola, F., Alvarenga, M. R. M., & Oliveira, M. A. de C. (2010). Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(2), 218–223. doi:10.1590/S0103-21002010000200011

Mollaoğlu, M., Tuncay, F. Ö., & Fertelli, T. K. (2010). Mobility disability and life satisfaction in elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(3), e115–e119. doi:10.1016/j.archger.2010.02.013

Montanari, P. M. (2011). Aspectos socioculturais do envelhecimento: ainda algumas reflexões. *Saúde Coletiva*, 8(52), 167–168.

Motta, A. B. (2004) Sociabilidades possíveis: idosos e tempo geracional. In: Peixoto, C. E. *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FGV

Nelson, J. F., Karelus, K., Bergman, M. D., & Felicio, L. S. (1995). Neuroendocrine involvement in aging: evidence from studies of reproductive aging and caloric restriction. *Neurobiology of Aging*, 16(5), 837–843; discussion 855–856.

Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17–34.

Néri, A. L.; Cachioni, M. (1999). Velhice bem-sucedida e educação. In: Néri, A. L.; Debert, G. G. (Org.). *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus.

Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The Measurement of Life Satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16(2), 134–143. doi:10.1093/geronj/16.2.134

Nicodemo, D., & Godoi, M. P. (2010). Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Revista Ciência em Extensão*, 6(1), 40–53.

O'Brien Cousins, S., & Gillis, M. M. (2005). "Just do it... before you talk yourself out of it": the self-talk of adults thinking about physical activity. *Psychology of Sport and Exercise*, 6(3), 313–334. doi:10.1016/j.psychsport.2004.03.001

Oliveira, G. de, Oliveira, E. S. de, & Leles, C. R. (2007). Tipos de delineamento de pesquisa de estudos publicados em periódicos odontológicos brasileiros.

Rev Odonto Ciênc, 22(55), 42–7.

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

Ostir, G. V., Ottenbacher, K. J., & Markides, K. S. (2004). Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychology and Aging*, 19(3), 402–408. doi:10.1037/0882-7974.19.3.402

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano (8ª ed.)*. São Paulo, SP: Artmed

Parikh, P. J., & Cole, K. J. (2012). Handling objects in old age: forces and moments acting on the object. *Journal of Applied Physiology (Bethesda, Md.: 1985)*, 112(7), 1095–1104. doi:10.1152/japplphysiol.01385.2011

Paula, F. L. (2010). *Envelhecimento e quedas de idosos*. Rio de Janeiro: Apicuri.

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

Pereira, A. C. A. (2005). *O Adolescente em Desenvolvimento*. São Paulo, SP: Harbra.

Pereira, É. F., Graup, S., Lopes, A. da S., Borgatto, A. F., & Daronco, L. S. E. (2009). Body image perception in children and adolescents with different socio-economic status in the city of Florianópolis, in the State of Santa Catarina, Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(3), 253–262. doi:10.1590/S1519-38292009000300004

Pereira, K. C. R., Alvarez, A. M., & Traebert, J. L. (2011). Contribution of socio-demographic conditions for the perception of quality of life in the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1), 85–95. doi:10.1590/S1809-98232011000100010

Phoenix, C., & Sparkes, A. C. (2006). Young athletic bodies and narrative maps of aging. *Journal of Aging Studies*, 20(2), 107–121. doi:10.1016/j.jaging.2005.06.002

Pinto, M. J. C. (2003). Aptidão física, destreza manual e sensibilidade proprioceptiva manual no idoso : Estudo em praticantes e não praticantes de actividade física. Recuperado de <http://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/10410>

Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142–148.

Porto, D. B., Guedes, D. P., Fernandes, R. A., & Reichert, F. F. (2012). Percepção da qualidade de vida e atividade física em idosos brasileiros. *Motricidade*, 8(1), 33–41. doi:10.6063/motricidade.8(1).237

Rodrigues, J. de L., Ferreira, F. O., & Haase, V. G. (2008). Perfil do Desempenho Motor e Cognitivo na Idade Adulta e Velhice. Recuperado de <http://core.kmi.open.ac.uk/display/5658065>

Rebelatto, J.R. , Calvo, J.I., Orejuela, J. R., & Portillo, J.C. (2006) influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. *Rev. bras. fisioter.* 10 (1), pp. 127-132

Ron, P. (2007). Elderly people’s attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance? *International journal of geriatric psychiatry*, 22(7), 656–662. doi:10.1002/gps.1726

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 186–193. doi:10.1037/a0012753

Sainsbury, A., Seebass, G., Bansal, A., & Young, J. B. (2005). Reliability of the Barthel Index when used with older people. *Age and Ageing*, 34(3), 228–232. doi:10.1093/ageing/afi063

Santos, P. M. dos, Souza, B. C. de, Marinho, A., & Mazo, G. Z. (2013). Percepção de qualidade de vida entre idosos jovens e longevos praticantes de hidroginástica - DOI: 10.3895/S2175-08582013000100001. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 5(1). doi:10.3895/rbqv.v5i1.1324

Sarkisian, C. A., Prohaska, T. R., Wong, M. D., Hirsch, S., & Mangione, C. M. (2005). The relationship between expectations for aging and physical activity among older adults. *Journal of General Internal Medicine*, 20(10), 911–915. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0204.x

Satz, P. (1993). Brain reserve capacity on symptom onset after brain injury: A formulation and review of evidence for threshold theory. *Neuropsychology*, 7(3), 273–295. doi:10.1037/0894-4105.7.3.273

Scharfstein, E. A. (2006). Instituições de longa permanência: uma alternativa

de moradia para os idosos brasileiros na vida contemporânea. *Rio de Janeiro*. Recuperado de http://www.psicologia.ufrj.br/pos_eicos/pos_eicos/arqanexos/arqteses/eloisaadler.pdf

Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. (2009). *Perspectiva social do envelhecimento*. São Paulo : Fundação Padre Anchieta. Recuperado em 13 de novembro, 2013 em http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/publicacoes/volume4_Perspectiva_social_do_envelhecimento.pdf

Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *The American Psychologist*, 55(1), 5–14.

Selkoe, D. J. (1991). The molecular pathology of Alzheimer's disease. *Neuron*, 6(4), 487–498.

Selkoe, D. J. (1992). Aging brain, aging mind. *Scientific American*, 267(3), 134–142.

Stadtman, E. R. (2006). Protein oxidation and aging. *Free Radical Research*, 40(12), 1250–1258. doi:10.1080/10715760600918142

Steverink, N., Westerhof, G. J., Bode, C., & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(6), P364–373.

Straub, R. O. (2005). A Psicologia da Saúde ao longo do curso de vida. In *Psicologia da Saúde*. (pp. 535 - 570). Porto Alegre: Artmed

Stroebe, M. S. (2007). *Bereavement in Late Life: Coping, Adaptation, and Developmental Influences*. American Psychological Association.

Suh, E., Diener, E., & Fujita, F. (1996). Events and subjective well-being: only recent events matter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(5), 1091–1102.

Tamnes, C. K., Walhovd, K. B., Dale, A. M., Østby, Y., Grydeland, H., Richardson, G., ... Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. (2013). Brain development and aging: overlapping and unique patterns of change. *NeuroImage*, 68, 63–74. doi:10.1016/j.neuroimage.2012.11.039

Teixeira, I. N. D. O., & Neri, A. L. (2008). Successful aging: a goal in the course of life. *Psicologia USP*, 19(1), 81–94. doi:10.1590/S0103-65642008000100010

Thompson, L. V. (1994). Effects of age and training on skeletal muscle physiology and performance. *Physical Therapy*, 74(1), 71–81.

Tiffin, J., & asher, E. J. (1948). The Purdue pegboard; norms and studies of reliability and validity. *The Journal of Applied Psychology*, 32(3), 234–247.

Tilbery, C. P., Mendes, M. F., Thomaz, R. B., Oliveira, B. E. S. de, Kelian, G. L. R., Busch, R., ... Caleffi, P. (2005). Multiple Sclerosis Functional Composite Measure (MSFC) standardized in Brazilian population. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63(1), 127–132. doi:10.1590/S0004-282X2005000100023

Turgeon, T. R., MacDermid, J. C., & Roth, J. H. (1999). Reliability of the NK dexterity board. *Journal of Hand Therapy*, 12(1), 7–15. doi:10.1016/S0894-1130(99)80028-3

Ueno, L. M. (2012). A influência da atividade física na capacidade Funcional: envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 4(1), 58–68. doi:10.12820/rbafs.v.4n1p58-68

Uhler, C. R. (2008). *Análise do controle postural de idosos jovens e idosos muito idosos com história de quedas*. Dissertação de mestrado em Fisioterapia. Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado em 12 de dezembro, 2013, em http://www.cidadesp.edu.br/pos_graduacao/new/mestrado_fisioterapia/dissertacao/dissertacao_carolina_romani_uhler.pdf

Van Heuvelen, M. J., Kempen, G. I., Ormel, J., & Rispens, P. (1998). Physical fitness related to age and physical activity in older persons. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 30(3), 434–441.

Wall, J. C., Bell, C., Campbell, S., & Davis, J. (2000). The Timed Get-up-and-Go test revisited: measurement of the component tasks. *Journal of rehabilitation research and development*, 37. Recuperado de <http://www.rehab.research.va.gov/jour/00/37/1/pdf/wall.pdf>

Wallace, D. C. (1992). Mitochondrial genetics: a paradigm for aging and degenerative diseases? *Science (New York, N.Y.)*, 256(5057), 628–632.

West, R. L. (1996). An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging. *Psychological Bulletin*, 120(2), 272–292.

Wickelgren, I. (1996). For the cortex, neuron loss may be less than thought.

Science (New York, N.Y.), 273(5271), 48–50.

Wurm, S., Tesch-Römer, C., & Tomasik, M. J. (2007). Longitudinal findings on aging-related cognitions, control beliefs, and health in later life. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(3), P156–164.

Yang, C.-H., Huang, C.-C., & Hsu, K.-S. (2004). Behavioral Stress Modifies Hippocampal Synaptic Plasticity through Corticosterone-Induced Sustained Extracellular Signal-Regulated Kinase/Mitogen-Activated Protein Kinase Activation. *The Journal of Neuroscience*, 24(49), 11029–11034.
doi:10.1523/JNEUROSCI.3968-04.2004

Yassine, I. M. C. (2011). *A auto-percepção do envelhecimento e os traços de personalidade em idosos*. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa

ANEXOS
E
APÊNDICE

ANEXO I

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFJF (CEP)UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Avaliação da habilidade manual, mobilidade corporal, percepção do envelhecimento e satisfação com a vida em idosos.

Pesquisador: Elaine Andrade Moura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10802913.6.0000.5147

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 238.469

Data da Relatoria: 21/03/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo possui pertinência e valor científico.

Objetivo da Pesquisa:

Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos e benefícios descritos no projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com valor acadêmico e científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos apresentados de acordo com a pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e de acordo com as diretrizes definidas na Resolução CNS 196/96, manifesto pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 05 de Abril de 2013

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

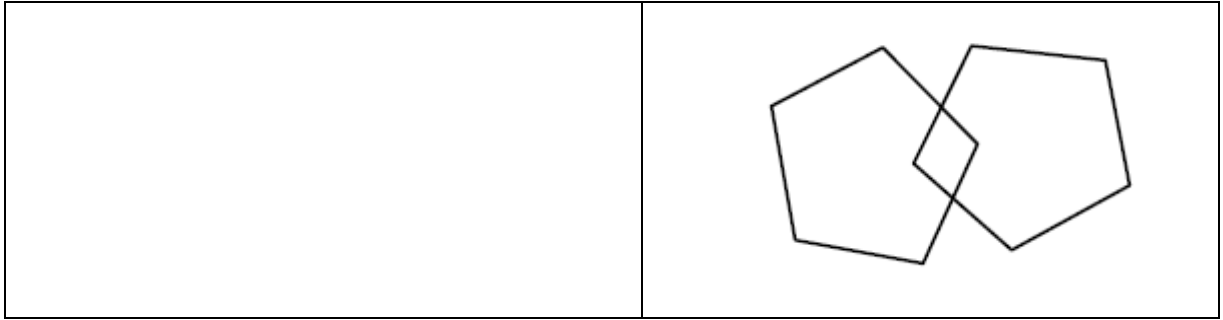
Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@uff.edu.br

ANEXO II

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Orientação Temporal Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1 Dia do mês? _____ 1 Mês? _____ 1 Ano? _____ 1 Hora aproximada? _____ 1	Lembranças (memória de evocação) Pergunte o nome das 3 palavras aprendidos na questão, da memória imediata. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3
Orientação Espacial Onde estamos? Local? _____ 1 Instituição (casa, rua)? _____ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1	Linguagem Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2 Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1
Memória imediata Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3	Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3
Atenção e cálculo Sete seriado $(100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65)$. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5	Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. _____ 1 Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1 Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1



Total de pontos: _____

ANEXO III

ÍNDICE DE BARTHEL

1) Como você realiza as suas refeições ? () 10 – Independente. Capaz de comer por si só em tempo razoável. A comida pode ser cozida ou servida por outra pessoa. () 5 – Necessita de ajuda para se cortar a carne, passar a manteiga, porém é capaz de comer sozinho. () 0 – Dependente. Necessita ser alimentado por outra pessoa.
2) Como você toma seu banho ? () 5 – Independente. Capaz de se lavar inteiro , de entrar e sair do banho sem ajuda e de fazê-lo sem que outra pessoa supervisione. () 0 – Dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão.
3) Como você se veste ? (Parte superior e inferior do corpo) () 10 – Independente. Capaz de vestir- se e despir-se sem ajuda. () 5 – Necessita ajuda. Realiza todas as atividades pessoais sem ajuda mais da metade das tarefas em tempo razoável. () 0 – Dependente. Necessita de alguma ajuda.
4) Como você realiza seus asseios ? () 5 – Independente. Realiza todas as atividades pessoais sem nenhuma ajuda; os componentes necessários podem ser providos por alguma pessoa. () 0 – Dependente. Necessita alguma ajuda.
5) Como é sua evacuação ? () 10- Continente. Não apresenta episódios de incontinência. () 5 – Acidente ocasional. Menos de uma vez por semana necessita de ajuda para colocar enemas ou supositórios. () 0 – Incontinente. Mais de um episódio semanal.
6) Como é sua micção . Como você a realiza ? () 10 – Continente. Não apresenta episódios. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si só (sonda, urinol,garrafa). () 5 – Acidente ocasional. Apresenta no máximo um episódio em 24 horas e requer ajuda para a manipulação de sondas ou de outros dispositivos. () 0 – Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas.
7) Como você vai ao banheiro ? () 10 – Independente. Entra e sai sozinho e não necessita de ajuda por parte de outra pessoa. () 5 – Necessita ajuda.Capaz de mover-se com uma pequena ajuda; é capaz de usar o banheiro. Pode limpar-se sozinho. () 0 – Dependente. Incapaz de ter acesso a ele ou de utilizá-lo sem ajuda maior.
8) Como você realiza as suas transferências (cama , poltrona , cadeira de

rodas) ?

- () 15 – Independente. Não requer ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama.
- () 10 – Mínima ajuda. Incluindo uma supervisão ou uma pequena ajuda física.
- () 5 – Grande ajuda. Precisa de uma pessoa forte e treinada.
- () 0 – Dependente necessita um apoio ou ser levantado por duas pessoas. É incapaz de permanecer sentada.

9) Como você realiza a deambulação (locomoção , caminhar) ?

- () 15 – Independente. Pode andar 50 metros ou seu equivalente em casa sem ajuda ou supervisão. Pode utilizar qualquer ajuda mecânica exceto andador. Se utilizar uma prótese, pode colocar a prótese nela e tirar sozinha.
- () 10 – Necessita ajuda. Necessita supervisão ou uma pequena ajuda por parte de outra pessoa ou utiliza andador.

10) Como você realiza a subida e descida de escadas ?

- () 10 – Independente. Capaz de subir e descer um piso sem ajuda ou supervisão de outra pessoa.
- () 5 – Necessita ajuda. Necessita ajuda e supervisão.
- () 0 – Dependente. É incapaz de subir e descer degraus.

Pontuação total : _____

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome: _____
Sexo: (1) Masc. (2) Fem. **Data de nascimento:** _____,
Idade: _____ **Estado civil:** _____;
Ocupação atual e anterior à aposentadoria:

Data: _____ **Avaliador(a):** _____
Instituição: _____

Classificação econômica - Critério de Classificação Econômica Brasil**Posse de itens**

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

Grau de Instrução

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

ANEXO V**TIMED UP & GO TEST (MOBILIDADE CORPORAL)**

O timed up & go test avalia a mobilidade corporal (velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico, e consiste de levantar-se de uma cadeira, o andar por 3 metros, o girar 180º, retornar e sentar novamente na cadeira. Dependendo do tempo gasto, pode-se indicar alteração de equilíbrio e a pessoa pode estar propenso a queda.

Tempo < ou igual a 10 segundos: mobilidade normal;

entre 11 a 20 segundos: limitações leve,

entre 21 a 40: necessita assistência

maior que 40: propensa a queda.

Primeira volta Tempo: _____seg	Segunda volta Tempo: _____seg
--------------------------------------	-------------------------------------

ANEXO VI

NINE HOLE PEG TEST (HABILIDADE MANUAL)

O nine hole peg test é composto por nove pinos (9 mm de diâmetro e 32 mm de comprimento), uma prancha de madeira com dimensão de 100x100x20 mm contendo nove buracos de 10 mm de diâmetro e 15 mm de profundidade. Para a aplicação do 9-HPT, o participante sentará a frente de uma mesa, a uma distância confortável de onde o teste se encontra. O equipamento é disposto horizontalmente em frente ao sujeito, de forma que o compartimento que contém os pinos fiquem voltado para a mão que será testada. O procedimento do teste é preencher, um a um, os buracos com os pinos e retirá-los logo em seguida. Serão realizadas duas vezes em cada mão, sendo duas tentativas consecutivas com a mão dominante, seguidas imediatamente por duas tentativas consecutivas com a mão não dominante. A mão utilizada com maior frequência para a escrita foi considerada como a mão dominante, a execução da tarefa deve ocorrer o mais rápido possível. Um cronômetro será utilizado para a medição do tempo, expresso em décimos de segundos, sendo que o tempo máximo permitido por teste é 300 segundos. O escore será dado pela média de tempo cronometrado em segundos para os quatro ensaios.

Mão direita	Mão esquerda
1^a tentativa: seg	1^a tentativa: seg
2^a tentativa: seg	2^a tentativa: seg

Média de tempo das quatro tentativas: _____

ANEXO VII

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO					
Estas questões avaliam suas opiniões e experiências sobre o envelhecimento. Já que todos estão envelhecendo, estas questões podem ser respondidas por qualquer pessoa, de qualquer idade. Não há respostas certas ou erradas – somente as suas experiências e opiniões sobre o envelhecimento. Mesmo que as afirmativas sejam sobre algo que você não pensa frequentemente em relação a você mesmo, por favor, tente nos dar uma indicação de sua opinião sobre o assunto, respondendo todas as questões.					
A) Opiniões sobre o envelhecer					
Nós estamos interessados em sua opinião e nas suas próprias experiências sobre envelhecer. Por favor, indique suas opiniões sobre as seguintes informações. Marque com um X a resposta que melhor descreve sua opinião sobre cada afirmativa.					
	Discordo Fortemente	Discordo	Não tenho Opinião	Concordo um pouco	Concordo
	1	2	3	4	5
1. Tenho consciência de que estou envelhecendo o tempo todo.	1	2	3	4	5
2. Sempre me classifico como velho.	1	2	3	4	5
3. Sinto a minha idade em tudo que faço.	1	2	3	4	5
4. À medida que envelheço adquiro mais experiência de Vida	1	2	3	4	5
5. À medida que envelheço, continuo a crescer como pessoa.	1	2	3	4	5
6. À medida que envelheço, aprecio mais as coisas.	1	2	3	4	5

07. A qualidade da minha vida social nos anos que virão depende de mim.	1	2	3	4	5
08. A qualidade dos meus relacionamentos no futuro depende de mim.	1	2	3	4	5
09. Continuar vivendo minha vida plenamente depende de mim	1	2	3	4	5
10. Fico deprimido (a) quando penso sobre o efeito que envelhecer pode ter na minha vida social.	1	2	3	4	5
11. À medida que envelheço, há muito que posso fazer para manter minha independência.	1	2	3	4	5
12. Se envelhecer terá pontos positivo depende de mim	1	2	3	4	5
13. Envelhecer limita as coisas que posso fazer.	1	2	3	4	5
14. Envelhecer me faz menos independente.	1	2	3	4	5
15. Envelhecer torna tudo bem mais difícil para mim.	1	2	3	4	5
16. À medida que envelheço, consigo participar de menos atividades.	1	2	3	4	5
17. À medida que envelheço não lido tão bem com os problemas que aparecem.	1	2	3	4	5
18. A diminuição do ritmo com a idade não é algo que eu consiga controlar.	1	2	3	4	5
19. Minha mobilidade futura não depende de mim	1	2	3	4	5
20. Não tenho controle se vou perder a vitalidade ou o pique, à medida que envelheço.	1	2	3	4	5
21. Não tenho controle sobre os efeitos que envelhecer tem sobre minha vida social.	1	2	3	4	5

22. Fico deprimido (a) quando penso sobre o envelhecer	1	2	3	4	5	
23. Fico preocupado (a) sobre os efeitos que envelhecer pode ter nos meus relacionamentos com as pessoas.	1	2	3	4	5	
24. Minha percepção sobre meu envelhecimento vai e vem em fases.	1	2	3	4	5	
25. Sinto raiva quando penso que estou envelhecendo	1	2	3	4	5	
26. Tem dias em que me sinto velho (a).	1	2	3	4	5	
27. Minha percepção de estar envelhecendo muda bastante de um dia para o outro.	1	2	3	4	5	
28. Passo por fases em que me vejo sendo velho (a).	1	2	3	4	5	
B) Experiências relacionadas com as mudanças de saúde						
A próxima lista descreve algumas mudanças relacionadas à saúde que você talvez tenha vivido. Você pode me dizer se você tem passado por estas mudanças nos últimos 10 anos e se você acredita que as mudanças vividas estão relacionadas especificamente ao envelhecer ou não						
	<u>Você já viveu ou tem vivido esta mudança?</u>		Sobre as mudanças que você viveu Ou tem vivido: você acha que esta mudança está <u>APENAS</u> relacionada com o fato de você estar envelhecendo?			
	Sim	Não	Sim	Não		
1. Problemas com o peso						
2. Problemas com o sono						
3. Problemas nas costas ou hérnias de disco						
4. Dores nas articulações (juntas)						

5. Perda de mobilidade				
6. Perda de equilíbrio				
7. Perda de Força				
8. Diminuição do Ritmo				
9. Câimbras				
10. Problemas nos ossos ou articulações (juntas)				
11. Problemas Cardíacos				
12. Problemas de ouvidos ou audição				
13. Alterações nos olhos ou na visão				
14. Problemas respiratórios				
15. Problemas nos Pés				
16. Depressão				
17. Ansiedade				

Instruções para Análise da Segunda Parte do Questionário de Percepção do Envelhecimento

A segunda parte da escala analisa as mudanças de saúde vivenciadas pelo respondente. É formada pelas assertivas 1 a 17 e sua interpretação deve ser feita a partir da identificação de quais incapacidades e doenças foram experienciadas nos últimos 10 anos e quais são atribuídas à velhice. A partir destas informações o pesquisador pode criar o escore identidade para cada participante, dividindo o número de problemas de saúde relacionados com a velhice pelo número de problemas não relacionados com a velhice, multiplicando o resultado por 100 (BARRET et al., 2007).

$$\frac{\text{Nº de problemas de saúde relacionados à velhice}}{\text{Nº de problemas de saúde não relacionado à velhice}} \times 100$$

ANEXO VIII

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM A VIDA NA TERCEIRA IDADE

Versão Brasileira da Life Satisfaction Index for the Third Age (FERREIRA, L. 2012)

Escala do índice de Satisfação com a Vida na Terceira Idade						
Instruções: Existem alguns aspectos sobre a vida em geral que as pessoas sentem de forma diferente. Por favor, leia cada afirmativa abaixo e marque com um X a resposta que melhor reflete sua opinião. Não há respostas certas, nem erradas, e sua opinião é importante em cada afirmativa. Obrigado pela sua participação anônima nesta pesquisa						
	Discordo Totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo	Concordo Totalmente
1. As coisas que faço são interessantes para mim como sempre foram.						
2. A medida que envelheço, as coisas parecem ser melhores que eu havia pensado que seriam.						
3. Falhei em tudo que tentei fazer na vida.						
4. Esta é a época mais monótona da minha vida.						
5. A vida não tem sido boa para mim.						
6. Eu tenho tido mais oportunidade na vida do que a maioria das pessoas que eu conheço						
7. Estão tão feliz agora como quando era mais jovem.						
8. Não tenho conseguido fazer as coisas direito, tudo está contra mim.						
9. Alcancei na minha vida tudo que havia planejado fazer e muito mais.						
10. Sinto o peso da minha idade, mas isso não me incomoda.						
11. Consigo viver com os resultados das escolhas que fiz na minha vida.						
12. Quando olho para trás estou bem satisfeito (a) com a minha vida.						
13. Em comparação a outras pessoas da minha idade tenho uma boa aparência						
14. Minha vida é ótima.						
15. Não mudaria meu passado, mesmo se pudesse.						

16. Quando olho para trás na minha vida, vejo que não consegui as coisas importantes que eu queria.	*	*	*	*	*	*
17. Eu me sinto velho (a) e cansado (a)	*	*	*	*	*	*
18. Estes são os melhores anos da minha vida.	*	*	*	*	*	*
19. Em comparação a outras pessoas da minha idade, tomei muitas decisões tolas na minha vida.	*	*	*	*	*	*
20. Tudo está simplesmente ótimo.	*	*	*	*	*	*
21. Minha vida poderia ser mais feliz do que é agora	*	*	*	*	*	*
22. Tenho planos para as coisas que farei daqui a um mês	*	*	*	*	*	*
23. Em comparação a outras pessoas, frequentemente fico deprimido (a) ou de baixo astral.	*	*	*	*	*	*

Score: Quanto maior a pontuação, maior é a satisfação com a vida.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**Avaliação da habilidade manual, mobilidade corporal, percepção do envelhecimento e satisfação com a vida em idosos**”. Neste estudo pretendemos avaliar a função da habilidade manual fina, que são movimentos finos realizados com as mãos; a mobilidade corporal, que são movimentos que integram a velocidade, a agilidade e o equilíbrio dinâmico do corpo; a satisfação com a vida e a sua percepção do envelhecimento. Com o resultado deste estudo, será possível compreender como o envelhecimento afeta a função das mãos, a mobilidade corporal, a satisfação com a vida e a percepção do envelhecimento em idosos.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: obteremos seus dados sociodemográficos (idade, sexo, nível econômico, escolaridade, atividades que realiza atualmente); será aplicado um questionário para compreender sua independência funcional (atividades cotidianas); e será aplicado um teste para sabermos como está sua função cognitiva (mental). Depois serão aplicados dois questionários, que constarão de perguntas que abordam sobre sua percepção do envelhecimento e da sua satisfação com a vida; será aplicado um teste para avaliarmos a função da sua mão, no qual será solicitado que o senhor (a), preencha um prancha de madeira que possui 9 buracos, com pinos que serão colocados um a um, e depois retirá-los o mais rápido que conseguir.

Além deste teste, será aplicado um teste para avaliar sua mobilidade corporal. Que consiste do senhor (a) levantar-se de uma cadeira, andar 3 metros e voltar a sentar-se na cadeira o mais rápido que puder.

Este estudo possui os riscos mínimos de pesquisa envolvendo seres humanos como: responder questionários, levantar de uma cadeira, andar, sentar-se, ou seja, riscos de atividades cotidianas e caso venha a acontecer algum evento durante os procedimentos, os pesquisadores serão responsáveis por todo o procedimento necessário.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar.

Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo **“Avaliação da habilidade manual, mobilidade corporal, percepção do envelhecimento e satisfação com a vida em idosos”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20____.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: ELAINE ANDRADE MOURA

ENDEREÇO: CAMPUS UNIVERSITÁRIO- BAIRRO MARTELOS, JUIZ DE FORA – MG.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

CEP: 36036-330

FONE: (32) 8878-7053 / E-MAIL: ELAINEFST@GMAIL.COM